

# **SOSIAALITYÖN PAIKKA PSYKIATRIAN TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ**

**– AJALLINEN KATSAUS VUODESTA 1945 NYKYPÄIVÄÄN**

HANNA KYLMÄLUOMA

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalityön pro gradu-tutkielma

Heinäkuu 2014

Tampereen yliopisto  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

KYLMÄLUOMA, HANNA: Sosiaalityön paikka psykiatrian toimintaympäristössä – ajallinen katsaus vuodesta 1945 nykypäivään

Pro gradu -tutkielma, 95 s., 11 liites.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Hannele Forsberg

Heinäkuu 2014

---

Pro gradu -tutkielmani käsittelee suomalaisen sosiaalityön paikkaa psykiatrian toimintaympäristössä. Tutkielmallani on sosiaalityön paikan määrittämiseen historiallinen näkökulma, joka ajallisesti sijoittuu vuodesta 1945 nykypäivään. Tutkimukseni tavoitteena on kartoittaa ja kuvailla sosiaalityön paikkaa eri vuosikymmenillä sekä löytää yhtymäkohtia psykiatrisen terveydenhuollon kehitykseen.

Liikun tutkimuksessani terveydenhuollon ja sosiaalityön rajapinnoilla, mutta näkökulmani on ensisijaisesti yhteiskuntatieteellinen. Aineistoni perusteella olen määrittänyt erilaisia tasoja suhteessa sosiaalityön paikan määrittämiseen psykiatrian toimintaympäristössä. Tasoja siitä, kuinka sosiaalityö määrittää itse itseään, miten sosiaalityö määrittyy suhteessa muihin ammattiryhmiin sekä suhteessa yhteiskuntaan. Koulutuksella on mielestäni merkittävä osa siinä, millaiseksi sosiaalityö itse itsensä ymmärtää. Välittömästi tämä ymmärrys näkyy myös eri aikakausien työnsisällöissä. Kuvaan tutkielmassani *koulutuksen ja tietoperustan kehittymisen vaikutusta psykiatriassa tehtävän sosiaalityön paikkaan* ja sitä, millaisena sosiaalityöntekijän *työnsisältö* eri aikakausina näyttäytyy. Sosiaalityön määrittämistä suhteessa muihin ammattiryhmiin tarkastelen ammatillistumisen ja työn sisällön muutosten lisäksi *moniammatillisuuden kehittymisen* kautta. Yhteiskunnallisten tekijöiden kautta kuvaan sitä, millaiseksi sosiaalityölle annettu paikka yhteiskunnan ja psykiatrian puolelta määrittyy. Näitä tekijöitä ovat *yhteiskunnallinen tilanne sosiaalityön näkökulmasta, mielenterveyspolitiikassa tapahtuneet muutokset, psykiatrian historiassa tapahtuneet rakenteelliset muutokset* sekä *psykiatrisen sairaanhoidon kehittyminen*.

Olen rakentanut tutkimukseni lähtökohtaa erilaisten näkökulmien kautta, joiden avulla voidaan tarkastella historiassa tapahtuvaa yhteiskunnallista muutosta. Teoreettisina kehyksinä työssäni toimivat sosiaalityön ammatillis-käytännöllinen ja mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellinen näkökulma psykiatriassa tehtävän sosiaalityön ajalliselle tarkastelulle. Näitä lähestyn sosiaalihistoriallisen ja kriittisen luennan keinoin ajassa kehkeytyvinä ilmiöinä. Olen käyttänyt aineiston valinnassani valikointia ja keskittymistä tärkeimpiin historian käännekohtiin. Aineiston lukemistani on ohjannut kriittinen ja samalla yhteiskunnallinen näkemys. Olen jakanut ajanjaksot kronologiseen muotoon, joiden sisällä käsittelen tarkemmin sitä, millaisena sosiaalityön sisältö ja paikka määrittyvät psykiatriassa. Sosiaalityön paikka psykiatriassa näyttäytyy työssäni erilaisilla tasoilla yhteiskunta-poliittisista ulottuvuuksista paikallisen tason toimijuuteen asti.

Tutkimukseni aineisto pohjautuu eri aikakausilta kerättyihin erilaisiin dokumentteihin. Erilaisten työryhmien mietintöjen ohella lehtiartikkelit edustavat työssäni yleisempää makrotasoa, joiden pohjalta olen luonut kuvaa sosiaalityön paikasta eri aikakausina. Tarkempaa paikallista kuvausta sosiaalityön sisällöstä, sen toimintaympäristössä tapahtuneista muutoksista ja moniammatillisuuden muotoutumisesta olen hakenut Pohjois-Hämeen

mielisairaanhuoltopiirin toimintakertomuksista ja – suunnitteluraporteista sekä TAYS:n sosiaalityöntekijöiden lehtihaastatteluista että koulutusmateriaaleista.

Tutkimusaineistoni perusteella sen näkökulman laajuus ja syvyys, josta mielenterveyspotilaan arkista selviytymistä ja kuntoutumista halutaan arvioida, on vaihdellut menneinä vuosikymmeninä. Lääketieteellinen isäntäorganisaatio on määritellyt sosiaalisten tekijöiden painoarvoa mielenterveyspotilaiden hoidossa omasta näkökulmastaan käsin. Tämä on välittynyt myös sosiaalityölle annettuun paikkaan psykiatrian toimintaympäristössä. Sosiaalityön paikka on ollut sidoksissa myös moniin yhteiskunnallisiin tekijöihin, esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouteen liittyviin linjauksiin. Myös sosiaalityön omalla ammatillistumisprosessilla on ollut olennainen merkitys paikan määrittymiseen osana moniammatillista yhteistyötä.

Avainsanat: psykiatrinen sosiaalityö, terveys- ja sosiaalityön ammatillistuminen, yhteiskunnallisen rakenteellisen mielenterveystyön, lääketieteellisen-psykiatrisen mielenterveystyön

University of Tampere  
School of Social Sciences and Humanities

KYLMÄLUOMA, HANNA: Social work's place in psychiatric operational environment – temporal overview from year 1945 to the present day

Master's Thesis, 95 pages, 11 appendix pages  
Social Work  
Supervisor: Hannele Forsberg  
July 2014

---

The present work describes and defines how Finnish social work has appeared and developed in the psychiatric care units. This study has been conducted from the historical perspective, starting from the year 1945 to date. One of the important goals of this research has been to understand and to describe how social work has been provided throughout different decades and to find confluences with psychiatric care units' development.

I move in this research at the interface between two different fields, namely health care and social work, but it is primarily focused on social science. Based on the researched material, different dimensions have been set up about how social work takes place in psychiatric care unit environments. These dimensions are how social work is defined by social work itself, compared to other professions and according to the society. In this work I have evidenced the importance of education and how increasing knowledge plays a key role in the social work, particularly within the psychiatric care units. It has been also important to understand what kinds of tasks and duties social workers have had in different decades and how social work has been defined, and is defined, in comparison with different professions. I have approached the topic from the standpoint of the development of multi-professionalism and how the social work itself has changed. Through social factors I have described how the society and the psychiatry perceive the social work. As an example of the influence of social factors, we can point out the mutating situations in the society according to perspective of social work, changes in mental health care policy, structural changes in the history of psychiatric care unit and development in psychiatric medical treatments.

The development of the present research has been construed through different perspectives. With these standpoints it is possible to define the changes which are happening in the Society throughout History. The social work's professional-practical perspective and the mental health care's social-structural perspective form a theoretic frame to my research. I approach these aspects socio-historical and critical perspective. Material has been selected, putting particular focus on the most important turning points in History. The time frame has been divided into decades and attention has been given to those factors that define how social services have been experienced and seen in psychiatric care units. Social work's place in psychiatry appears in my master thesis in different dimensions from the general political planning and regulation up to the practical aspects applied by local operators.

My research material is based on documents which I have collected from different decades. In my research different documents and articles represent the public macro dimension. Precise local description from social works content, changes in psychiatry practical and operational environment and development of multi-professionalism I have defined from annual reports and planning reports of PSHP. I have also used educational material and read interviews from social workers of TAYS.

The outcome of the present research evidenced how the perspective from which the mental patient's everyday survival is estimated to have varied in the past decades. Medical organization has defined the importance of social factors in mental health care through its own perspective. This has been shifted to social work's place in psychiatry's operational environment. Social work's place has been connected also in many social factors, for example social and health care policy. Social work educational development has had a relevant impact on how social services have acquired their own position and implemented active programs with other professions.

**Keywords:** social work in psychiatric care unit, social work educational development in health care, social-structural perspective in mental health care, medical-psychiatric perspective in mental health care

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	2
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT .....	4
2.1 Yhteiskunnallis-rakenteellinen näkökulma mielenterveyden hoitoon .....	4
2.2 Terveysthuollossa tapahtuva sosiaalityö .....	8
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	14
3.1 Tutkimustehtävä ja aineisto .....	14
3.2 Tutkimuksen näkökulma ja analyysi .....	18
4 PSYKIATRIAN LAITOSTUMINEN JA SOSIAALITYÖN SAIRAANHOIDOLLINEN PAINOTUS 1940–1960-LUVUILLA .....	22
4.1 Psykiatrisen sairaanhoidon laitostuminen .....	23
4.2 Mielisairaanhoidon potilaita yhteiskunnasta eristävä vaikutus .....	25
4.3 Sosiaalihoitajakoulutuksen sairaanhoidollinen painotus .....	27
4.3 Sairaalan sekatyöläisestä kohti lääkinnällis-sosiaalista asiantuntijuutta .....	31
4.3 YHTEENVETO: Sosiaalityön selkiytymätön ammatillinen rooli .....	36
5 SOSIAALIPSYKIATRIAN AIKAKAUSI 1970- JA 1980-LUVUILLA – AVOHOITOA JA SOSIAALITYÖN TERAPIAPAINOTTEISUUTTA .....	39
5.1 Avohoitoverkoston rakentuminen .....	39
5.2 Hoitotyön painotus sosiaalipsykiaatria .....	41
5.3 Sosiaalityön tieteellistyminen .....	48
5.4 Sosiaalihoitajien painotus psykoterapiaan .....	50
5.5 YHTEENVETO: Psykiatrisen sosiaalityö matkalla kohti yhteiskunnallista toimijuutta .....	56

6 PSYKIATRIAN PIRSTALOITUMINEN 1990-LUVULTA NYKYPÄIVÄÄN – KOHTI SOSIAALISEN ALUEEN KAPEUTUMISTA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ .....	59
6.1 Psykiatrian liittyminen erikoissairaanhoidon.....	59
6.2 Lääketieteellisen näkökulman laajeneminen .....	64
6.2 Sosiaalityön ammatilliset muutospaineet.....	68
6.3 Psykiatrinen sosiaalityö laman jälkeisessä Suomessa.....	70
6.3 YHTEENVETO: Sosiaalityön paikan kapeutuminen psykiatriassa .....	77
7 POHDINTA .....	81
LÄHTEET.....	85
LIITE 1. Pro gradu- työssä käytetty dokumentaarinen aineisto.....	88
LIITE 2. Taulukko 1. Sosiaalityön paikka psykiatrian toimintaympäristössä.....	93
LIITE 3. Sosiaalihoitajien opetusohjelmat vuosina 1945 ja 1964 .....	95

# 1 JOHDANTO

Pro gradu -tutkielmani käsittelee suomalaisen sosiaalityön paikkaa psykiatrian toimintaympäristössä. Tutkielmallani on sosiaalityön paikan määrittymiseen historiallinen näkökulma, joka ajallisesti sijoittuu vuodesta 1945 nykypäivään. Tällöin alkoi sosiaalihoitajien koulutus Valtion terveydenhoito-opistossa (Satka 1995, 135). Terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä pidettiin pitkään ensisijaisesti sairaanhoidollisena tai terveydenhoidollisena ammattina (Lehtinen 1986, 84).

Sosiaalityön historiaa ja ammatillisuuden kehittymistä tutkivaa kirjallisuutta on julkaistu Suomessa jonkin verran. Kuitenkaan yhtään suomalaista psykiatrian ja sosiaalityön historian yhteen kokoavaa tutkimusta ei tiedonhauissani tullut vastaan. Samanlaisen aukon tiedossa havaitsin olevan yleisemmällä tasolla suomalaisen terveystieteellisen sosiaalityön historian puolella. Tämä oli yllättävää sitä taustaa ajatellen, että suomalaisen terveystieteellisen sosiaalityön syntyjuuret ulottuvat 1900-luvun alkupuolelle ja terveystieteellisyöntekijät ovat kautta aikain olleet vahvasti vaikuttamassa sekä kehittämässä työtään. Oman alan historian tutkimuksella on merkitystä myös nykyisyydelle ammatin kehittämisprosessin ja ammatti-identiteetin ymmärtämisen sekä tukemisen näkökulmasta. Tämä on tärkeää erityisesti silloin, kun toimitaan vieraassa organisaatiossa, jonka muut ammattiryhmät omaavat vahvan ammatillisen statuksen. Ja jolle sosiaalityöntekijän oma ammatillinen toiminta on usein alisteista. Suomalaisen sosiaalityön historian tutkijan Mirja Satkan (2007) sanoin: ”Peritty kokemustieto on uuden rakentamisen avuksi”. Monitieteiselle sosiaalityön ja psykiatrian toimintaympäristöt yhdistävälle historian tutkimukselle oli siis tilaus.

Yhteiskunnallisella tasolla puhutaan nykyään mielenterveyden hoidon yhteydessä sosiaalisten toimintaympäristöjen kapeutumisesta, jopa sosiaalisen syrjäytymisestä. Psykiatrisen palveluverkoston pirstaloituminen, hoitoon pääsemisen vaikeus ja masennuksen hoito pelkillä lääkkeillä ovat nykypäivää. Kuitenkin psyykkisten sairauksien luonteeseen liittyy usein mm. elämänhallinnan heikentymistä, joka näkyy potilaiden sosiaalis-taloudellisten tilanteiden haasteellisuutena. Mielenterveysongelmat ja sosiaalinen syrjäytyminen näyttävät kytkeytyvän helposti toisiinsa. Sosiaalisten toimintaympäristöjen ja erilaisten rakenteellisten tekijöiden vaikutus yhteiskunnassa on kuitenkin jäänyt nykyään lääketieteellisen näkökulman varjoon mielenterveyspotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa.



Kuin vastalääkkeenä nykyiselle mallille uutisoi Helsingin Sanomat (16.12.2012) torniolaisesta psykiatrisesta Keroputaan hoitomallista, jota tullaan ihmettelemään ympäri maailmaa. Keroputaalla ajatellaan, että mielen ongelmat ovat ennen kaikkea sosiaalisia vuorovaikutusongelmia. Hoitoa saa heti eikä lähetteitä tarvita. Hoitohenkilökunta ei vaihdu, kun potilas siirtyy sairaalasta avohoitoon. Hoidon jatkuvuutta arvostetaan. Tilastot verrattaessa torniolaisia muuhun maahan puhuvat hoitomallin puolesta: Torniossa 24 % sairastui uudelleen psykoosiin, muualla 71 %. Hämmästyttävintä oli se, että Torniossa 35 % psykoosipotilaista söi neuroleptilääkitystä, muualla 100 %. Keroputaalla hoidetuista sairaukseläkkeellä oli 23 %, muualla 57 %. (Berner 2012; ks. myös Seikkula & Arnkil 2009.) Keroputaan mallin kautta esille piirtyvä ristiriita psyykkisten sairauksien luonteeseen kuuluvan sosiaalisen ulottuvuuden ja nykyisen psykiatrian lääketieteellisen näkökulman välillä herätti mielenkiintoni tutkimaan, miten historian valossa voisi paremmin ymmärtää nykyistä tilannetta. Mielenkiintoni kohdistui myös siihen, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet historiassa sosiaalityön paikkaan psykiatrian toimintaympäristössä.

Kiinnostukseni terveydenhuollossa tehtävään sosiaalityöhön pohjautuu sosiaalityön opintojani edeltävään työuraani laboratoriohoitajana erikoissairaanhoidon piirissä. Laboratoriohoitajan näkökulmasta sosiaalityöntekijän työnkuva osana moniammatillista yhteistyötä näyttäytyi mielessäni kovin ohuena. Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa osana sairaanhoitoketjua oli näkyvämpää. Tämän myötä kiinnostuin sosiaalityön asemasta terveydenhuollossa ja siihen johtaneesta historian kehityksestä<sup>1</sup>. Ajan saatossa sosiaalityö onkin joutunut muovautumaan ja etsimään omaa paikkaansa vieraassa toimintaympäristössä. Tähän ovat vaikuttaneet muun muassa eri aikakausien yhteiskunnalliset tekijät, psykiatriassa tapahtuneet rakennemuutokset sekä erilaiset painopisteet psykiatrian hoidollisessa kehityksessä. Sosiaalityölle annettu paikka on ollut vahvasti lääketieteellisen isäntäorganisaation määrittämä, mutta se on ollut sidoksissa myös moniin yhteiskunnallisiin tekijöihin, esimerkiksi sosiaali- ja terveystaloudellisiin linjauksiin. Myös sosiaalityön omalla ammatillistumisprosessilla on ollut olennainen merkitys paikan määrittymiseen osana moniammatillista yhteistyötä sekä sosiaalityön työnsisällön muovautumiseen.

---

<sup>1</sup> Merkittävässä osassa kiinnostukseni herättämisessä psykiatriassa tehtävää sosiaalityön historiaa kohtaan ovat olleet myös Anna Metteri ja Pertti Hämäläinen, jotka ovat toimineet sisällöllisinä ohjaajinani aiemmasta kandidaattityöstäni nykyiseen pro gradu -tutkimukseen asti. Heidän kanssaan käyty useat keskustelut aihepiiristä ja kommentoinnit työtäni kohtaan ovat auttaneet minua matkalla kohti valmista pro gradu -työtä.

Pro gradu – tutkimukseni rakentuu siten, että aluksi käsittelen tutkimukseni teoreettisia lähtökohtia mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellisen ja sosiaalityön ammatillis-käytännöllisen näkökulman kautta, jotka toimivat tutkimukseni teoreettisina kehyksinä terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön ajalliselle tarkastelulle (luku 2). Näitä lähestyn sosiaalishistoriallisen ja kriittisen luennan keinoin ajassa kehkeytyvinä ilmiöinä (luku 3). Tutkimukseni tulosluvut (luvut 4-6) olen rakentanut kronologiseen muotoon ja ne ovat sisällölliseltä rakenteeltaan samanlaiset. Tulosluvuissa tarkastelen sosiaalityön paikan määrittymistä psykiatrian rakenteellisten ja sairaanhoidollisten sekä mielenterveyspolitiikan muutosten kautta. Nämä kuvaavat yhteiskunnan ja psykiatrian puolelta sosiaalityölle määrittävää paikkaa. Sitä, miten sosiaalityö määrittää itse itseään ja miten sosiaalityö määrittyy suhteessa muihin ammattikuntiin, kuvaan sosiaalityön ammatillistumisen kautta sekä paikallisella tasolla psykiatrisen sosiaalityön sisällön ja moniammatillistumisen kautta. Lopuksi kokoon yhteen edellisten näkökulmien pohjalta sitä, millaiseksi sosiaalityön paikka jokaisena ajanjaksona määrittyy psykiatrian toimintaympäristössä ja, mitkä tekijät siihen ovat eniten vaikuttaneet. Pohdinnassa kokoon vielä yhteen keskeisimmät tulokset ja pohdin tulosteni luotettavuutta (luku 7).

## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Yhteiskunnallis-rakenteellinen näkökulma mielenterveyden hoitoon

Terveys voidaan määritellä Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Mielenterveys kuuluu tähän olennaisena osana. (Lehtonen & Lönnqvist 2000, 13.) Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) määrittelee mielenterveystyön yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämiseksi sekä mielisairauksien ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi. Myös väestön elinolosuhteiden edistäminen mielenterveyttä ylläpitävien toimien mukaisesti kuuluu kyseisen lain määritelmään. (Mt.) Mielenterveystyö sisältää molempien määritelmien mukaan myös sosiaalisten toimintaympäristöjen ja rakenteellisten tekijöiden huomioimisen lääketieteellisten tekijöiden ohella.

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka tutkii ja hoitaa mielenterveydenhäiriöitä (Lehtonen & Lönnqvist 2000, 13). Psyykkisten sairauksien luonteeseen liittyä, että sairauden oireet saattavat

heikentää ainakin tilapäisesti ihmisen toimintakykyä, elämänlaatua ja elämänhallintaa. Elämänlaadun heikentyminen näkyy psykiatriseen sairaalaan päätyvien ihmisten sosiaalis-taloudellisten tilanteiden vaikeutena, kuten mm. taloudellisen tilanteen olennaisena heikentymisenä liittyen toimeentuloon, perheen ja lasten tilanteeseen. (Saarni & Pirkola 2010, 2269–2270.) Kun ihmisen talous ja ihmissuhteet romahtavat mielenterveysongelman seurauksena, lisääntyy tunne oman elämänhallinnan menettämisestä. Elämänhallinnan menetys aiheuttaa puolestaan helposti ahdistusta sekä häpeän- ja syyllisyydentunteita. Menetetty hallinnan tunne aiheuttaa lamaannusta ja voi pahimmillaan muodostua kuntoutumisen esteeksi. (Frankenhaeuser 2014, 65.) Psykiatristen pitkäaikaipotilaiden tiedetäänkin syrjäytyvän työ- ja sosiaalisen elämän valtavirrasta monin tavoin. Työ- ja toimintakyvyn kapeutuminen sekä usein sosiaalisesti rajoittava oireilu voivat johtaa syrjäytymiseen sekä aktiivisten tuki- ja kuntoutustoimien tarpeeseen. (Saarni & Pirkola 2010, 2269–2270.) Tästä johtuen psykiatristen potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa tulisikin kiinnittää huomiota erityisesti sosiaalisiin toimintaympäristöihin ja rakenteellisiin tekijöihin.

Mielenterveysongelmien hoito tai hoitamattomuus vaikuttaa voimakkaasti suomalaiseen yhteiskuntaan. Vuonna 2009 Kela myönsi lähes 64 000 ihmiselle sairauspäivärahaa psykiatrisen diagnoosin perusteella, joka määrällisesti oli yli 19 % kaikista sairauspäivärahan saajista (Helén & Hämäläinen & Metteri 2011). Samana vuonna Kela korvasi psyykenlääkkeitä lähes 215 miljoonalla eurolla (17 %) yli miljoonalle suomalaiselle (mt., 11). Raimo Raitasalo ja Kaarlo Maaniemi (2007) toteavat, että mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistaminen onnistuu nykypäivänä melko hyvin, mutta ongelmana ovat tunnistamisen jälkeen hoidon tarpeen arviointi, hoito ja sitä tukevaan kuntoutukseen ohjaus. Kyseisen Kelan tutkimuksen mukaan pelkät sairauslomat ja lääkehoito eivät useinkaan ole riittäviä mielenterveyspotilaiden hoidossa ja työkyvyn palauttamisessa. Myös Beata Frankenhaeuser (2014) näkee, että oikea lääke oikein annosteltuna on tärkeä, mutta ei useimmiten tärkein tekijä potilaan hoidossa ja kuntoutumisessa. Ihmissuhteiden merkitys, sosiaaliseen yhteisöön kuuluminen ja luottamus koetaan yleensä tärkeimmiksi toipumista edistäviksi tekijöiksi. Myös köyhyys ja työttömyys eli heikot materiaaliset olosuhteet lisäävät häpeän-, nöyryyden- ja avuttomuudentunteita. Nämä puolestaan vaikeuttavat yksilön mahdollisuuksia saada elämänsä ja mielenterveytensä hallintaan. (Mt., 67.) Ilpo Helén, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri (2012) määrittelevät, että yhteiskunnallis-rakenteellinen ymmärrys mielenterveystyössä on jäänyt lääketieteellis-psykiatrisen mallin varjoon. Vaikka viimeisimmät yhteiskuntatieteelliset tutkimukset (esim. Raitakari & Kulmala &

Günther & Juhila & Saario 2011; Romakkaniemi, 2010) selvästi osoittavat sosiaalisten ja rakenteellisten seikkojen merkitykset mielenterveyden hoidossa, käytännön työ mielenterveyspalveluissa ei aina tavoita sosiaalisen alueita. Mielenterveysongelmat ja sosiaalinen syrjäytyminen näyttävät kytkeytyvän helposti toisiinsa. Noudatetun sosiaalipolitiikan ja yhteiskuntapolitiikan seuraukset tulevat näkyviin vastaanotolla käyvien yksittäisten ihmisten elämässä (Metteri 1996, 144; Metteri 2012).

Helén, Hämäläinen ja Metteri (2011) määrittelevät kahta erilaista mielenterveyspoliittista muodostumaa, jotka ovat vaikuttaneet psykiatrian historiassa ja vaikuttavat myös nykyisyydessä. *Psykiatris-lääketieteellinen mielenterveystyö* on saanut alkunsa psykiatrian perinteestä perustuen luonnontieteellis-lääketieteelliseen tutkimustietoon. Alkujaan se kiinnittyi ensin mielisairaalainstituutioon ja 1900-luvun alkupuolelta lähtien erilaisiin psykoterapioihin. Historiallisesti uudempaa muodostumaa edustaa *yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveystyö*, jolta puolestaan puuttuu tutkimuksiin perustuva empiiristieteellinen perusta. Yhteiskunnallis-rakenteellinen muodostuma syntyi aikanaan osaltaan laajapohjaisten komiteoiden kautta. Sen muotoutui hyvinvointivaltion rakentamisen ja toisen maailmansodan jälkeisten erilaisten yhteiskunnallisten liikkeiden myötä. Yhteiskunnallis-rakenteelliseen mielenterveystyöhön vaikutti myös sosiaalipsykiatrian syntyminen. (Mt., 16, 21–22.)

Näkökulmina, arvoina ja asenteina psykiatris-lääketieteellinen sekä yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveystyö edustavat siis varsin erilaisia tulokulmia mielenterveyspotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Lääketieteellinen psykiatria katsoo mielenterveystyötä siitä näkökulmasta, josta kliininen psykiatria lähestyy mielenterveysongelmia (Helén ym. 2011, 23). Yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveystyö puolestaan yhdistää mielenterveystyön yleiseen yhteiskunnalliseen mielenterveystyöhön. Tämä perustuu ajatukseen, että mielenterveystyö ulottuu laajemmalle alueelle kuin *korjaava* mielenterveystyö, josta nykyään huolehtii psykiatrinen erikoissairaanhoido. Korjaavan mielenterveystyön alueeseen kuuluu mielenterveyspotilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen sekä tutkimus. Korjaavaa työtä olennaisemmaksi mielenterveystyön osaksi yhteiskunnallis-rakenteellisen näkemyksen mukaan nähdään *ehkäisevä työ*, joka tarkoittaa mielenterveysongelmien ehkäisyä ja torjuntaa terapeuttien sekä sosiaalisten interventioiden ja valistuksen avulla. Lisäksi korostetaan *rakentavan* mielenterveystyön merkitystä, joka on yhteydessä yhteiskuntasuunnitteluun ja – politiikkaan. Niiden tarkoituksena on tavoitella mielenterveyden kehitystä edistävien yhteiskunnallisten ja yksilöllisten tekijöiden tunnistamista

sekä mielenterveyden edistymistä palvelevia uudistuksia. Yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveystyö painottaa avohoidon ensisijaisuutta. Sen näkemyksen mukaan mielenterveystoimistojen tehtäväalue nähdäänkin melko laajana. (Mt., 18–19.)

Päivi Peltomäen, Piia Harjumäen ja Kaj Husmanin (2002) mukaan pitkälle erikoistuneissa terveydenhuollon asiantuntijuuksissa elää sisällä ongelmien medikalisoitumisen vaara. Silloin ongelmasta nähdään vain sen oiretaso ja ongelman suhde laajempaan yhteiskunnallis-sosiaaliseen kehykseen katoaa. Määrittelemällä työn kohteeksi pelkästään ongelman kantaja varsinaisen ongelman sijaan, menetetään mahdollisuus vaikuttaa ongelmiin ennaltaehkäisevästi. Medikalisoitumisessa lääketiede on ottanut haltuunsa erilaisia ongelmia diagnosoimalla niitä ja tehnyt kahtiajaon avun tarvitsijoihin, joilla on oikeus avun saamiseen ja niihin, jotka eivät avun piiriin kuulu. Lääkäreille onkin säilytetty varsin patriarkaalinen portinvartijan tehtävä suhteessa avun ja etuuksien saantiin. Ongelmaksi muodostuu se, että huomio kiinnitetään yhä rajatumpiin ja pienempiin tekijöihin potilaassa, jolloin kokonaisnäkemys ihmisestä hukkuu. Diagnosoimalla ja ulkoistamalla ongelma yksilön kokonaiselämäntilanteesta luodaan ongelmalle uusi ulkoinen muoto. Medikalisaatio säilyttää yhteisölliset ja yhteiskunnalliset ongelmat ja niiden ratkaisemisen yksilölle itselleen. (Mt., 93–94.) Metterin (1996) mukaan medikalisaatio voi ilmetä ongelmana terveydenhuollon sosiaalityössä juuri sen takia, että sosiaalityön tietäminen ihmisen arjen ongelmista on lääketieteelle alisteista. Tällöin ei päästä tasaveroiseen vuoropuheluun olemassa olevissa institutionaalisissa rakenteissa. (Mt., 151.) Tällöin sosiaalityön kokonaisvaltainen näkemys mielenterveyspotilaan hoitoon ja kuntoutumiseen vaadittavista tekijöistä saattaa hukkaa lääketieteellisen tiedon alle.

Kirsi Juhila (2008) määrittelee sitä, kuinka nykyajan uusliberalistiset aatteet ja kilpailukyky- ja kannustamisyhteiskunta nojaavat aktiivisen ja vastuunsa kantavan kansalaisen ihanteeseen. Näin ollen myös sosiaalisia ongelmia jäsennetään yksilölähtöisesti ja niihin tartutaan yksilölähtöisin menetelmin. Jos nämä menetelmät eivät pure, ollaan helposti yksittäisen kansalaisen syylistämisen tiellä. On kansalaisen vika, jos hän ei pääse ongelmistaan kannustamisen ja aktivoimisen avulla. Kaiken kaikkiaan on kyse ongelmien yksilöllistymisestä. Sosiaalinen tai rakenteellinen taso ongelmia ratkaistaessa puuttuu. Tällaiset vaikeiksi tapauksiksi määritellyt kansalaiset näyttävät putoavan helposti hyvinvointivaltion suojaverkon läpi ja palvelujärjestelmien ulkopuolelle. Toisinaan voidaan puhua jopa heitteille jätöstä. (Mt., 58–59.) Mielenterveyspotilaista puhuttaessa tilanne saattaa muotoutua yksilölle itselleen vaikeaksi, ellei jopa mahdottomaksi.

1990-luvun laman myötä ovat hyvinvointivaltion huolenpidon verkot heikentyneet. Kaikkein huono-osaisimmilla, kuten mielenterveyspotilailla, on suuri riski jäädä palveluiden ulkopuolelle. Psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet ja avohuollossa hoidetaan entistä vaikeammista mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä potilaita. Kuitenkaan avohoidon palveluresurssit eivät ole lisääntyneet kysyntää vastaavasti. (Juhila 2008, 68–69.) Stakesin pääjohtaja Vappu Taipale määritteli psykiatrian kriittistä tilaa ja arvioi, ettei millään muulla sairastamisen alueella ole yhtä suurta ristiriitaa tarpeen ja tarjonnan välillä (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 42). Juhilan (2008) mukaan tämä on ruokkinut tiukempaa asiakasvalikointia. Palveluiden saannissa on mielenterveysongelmaisten lisäksi vaikeuksia esimerkiksi asunnottomilla ja päihdeongelmaisilla. Terveystenhuollossa tapahtuu valikointia paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien suosimisen suuntaan. (Mt., 69.)

Sosiaalityöllä on ollut kautta aikain eturivin paikka kokonaisvaltaisen näkökulman kehittämisessä tarkasteltaessa fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä hyvinvointia. Sosiaalityöntekijät voivat tulla väliin asianmukaisesti ja estää vakavampien ongelmien syntymistä ihmisten elämissä. Kasvavana haasteena terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa toimivilla työntekijöillä on ylläpitää kokonaisvaltainen näkökulma ja ottaa ennaltaehkäisevä lähestymistapa byrokraattisessa managerillisessä ilmapiirissä, joka perustuu lyhytkestoiseen kannattavuuteen. Kokonaisvaltainen näkökulma voi rikastuttaa, täydentää tai jopa toimia lääketieteellistä näkökulmaa vastaan. Tämä on välttämätöntä, koska terveyskysymykset tarjoavat nykyään vain yhden näkökulman moniulotteisiin ihmisten tilanteisiin. Ihmisten terveys liittyy kuitenkin yhteen sosiaalisten, taloudellisten ja monien muiden tekijöiden kanssa. (Heinonen, Metteri & Leach 2009, 150–151.)

## 2.2 Terveystenhuollossa tapahtuva sosiaalityö

Suomalaisen terveydenhuollon sosiaalityön alkujuuret löytyvät sairaanhoidosta (Lehtinen 1986, 84). Matkalla nykypäivään sosiaalityö on ammatillistunut ja eriytynyt terveydenhuollon ammattikunnasta kohti omaa professiotaan. Kyösti Raunion (2009) mukaan ammatillistuminen tarkoittaa joidenkin yhteiskunnallisten tehtävien siirtymistä vapaaehtoisilta toimijoilta ammattityöntekijöiden hoidettavaksi. Ammatista kehittyy vähitellen professio, jolloin korostetaan erityisesti koulutuksen ja tietoperustan merkitystä. Tietoperustansa kehittämällä professio pyrkii entistä paremmin kontrolloimaan ammatillista toimintaa sekä saavuttamaan tiedon yksinoikeuteen perustuvan ammattimonopolin ja autonomian aseman. Sosiaalityön

ammattillistuminen ja professio asema ovat myös vahvasti riippuvaisia sosiaalityön yhteiskunnallisesta tehtävästä sekä julkisen vallan tuesta. Yhteiskunnallinen ympäristö asettaa kehykset sosiaalityön tieteelliselle ammatillistumiselle. (Mt., 32–33.) Toimintaympäristönsä huomioiden terveydenhuollossa tapahtuva sosiaalityö on sidoksissa myös terveydenhuollossa tapahtuvaan kehitykseen (Lindén 1999, 29). Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ovatkin olleet edelläkävijöitä sosiaalityön asiantuntijuuden jäsentämisessä ja näkyväksi tekemisessä. Esimerkiksi terveydenhuollon sosiaalityön luokitus valmistui jo vuonna 1998 ja näytti suuntaa valtakunnalliselle koko sosiaalityön luokitukselle. (Juhila 2008, 33.)

Sosiaalityö toimii terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi sekä ylläpitämiseksi (Suomen kuntaliitto ja Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry, 1998). Työn lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Työn tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. (Mt.) Sosiaalityön ammatin asiantuntijuus onkin historian eri aikakausina määritelty terveydenhuollon moniammatillisessa työssä suhteellisen lähelle asiakkaan arjen maailmaa (Metteri 1996). Jo 1910-luvulla amerikkalaisen psykiatrisen sosiaalityön kohteena oli arjen sujuvuuden turvaaminen yksilöllisen palvelujen sovittamisen ja yhteisössä toteutettavan työn keinoin. Sosiaalityöntekijät toimivat tulkkeina ihmisten arjen ja institutionaalisen järjestelmän välillä. Sosiaalityön painotus oli tällöin sosiaalisessa vaikuttamisessa ja muutostyössä, muun muassa työn ja asuntojen etsimisessä. Vasta tuon ajankohdan jälkeen suuntautui amerikkalainen sosiaalityö kohti psykoanalyttistä näkemystä ja terapiaa. Kuitenkin sosiaalityössä on edelleenkin nähtävissä kulttuurisen tulkin ja yhteistyöntekijän tehtävät. Tärkeässä asemassa ovat myös hoito- ja kuntoutussuunnitelmien ja asiakkaiden arjen toisiinsa liittäminen. (Mt., 144.)

Sosiaalityöntekijä tekee psykiatriassa työtään terveydenhuollon organisaatiossa ja toimintaympäristössä. Esimiehenä hänellä on lääkäri ja myös muut hänen kollegansa on koulutettu lääketieteellisen ajattelutavan mukaan. Organisaation ydintehtävinä ovat psyykkisten ongelmien arviointi, diagnosointi ja hoito. Psykiatriassa sosiaalityötä rajoittaa psykiatrian sairaanhoidon tehtävä, jonka fokus on sairauden hoidossa sosiaalisen perspektiivin puolestaan ollessa laajempi. Sosiaalinen tarkastelukehys ymmärtää psyykkisen sairauden tuomat ongelmat ja lääkehoidon tarpeellisuuden arjessa jaksamiseen sekä oireiden lievittämiseen. Näiden lisäksi

se kuitenkin näkee yksilön kokonaisvaltaisesti ja tarkastelee potilaan ongelmia ja voimavaroja suhteessa ympäristöön. (Frankenhaeuser 2014, 65–70.) Frankenhaeuser (2014) määrittelee sosiaalityöntekijän tehtäväksi psykiatriassa mahdollistaa ja valtaistaa asiakasta hänen toipumismatkallaan saavuttamaan omat tavoitteensa ja kansalaisoikeutensa omassa elinympäristössään. Sosiaalityö näkee asiakkaan kansalaisena ja osana omaa yhteisöään sekä yhteiskuntaa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävänä puolestaan on tutkia sairautta potilaassa ja etsiä siihen parasta mahdollista hoitoa. Näin psykiatrian ja siellä toimivan sosiaalityöntekijän tehtävien tulisi täydentää toisiaan. (Mt., 68–69.)

Psykiatrinen sairaanhoito on luonteeltaan nykyään lyhytaikaista hoitoa (Raitakari & Saario 2008, 197). Potilaan päätyessä psykiatriseen sairaalahoitoon sosiaalityölle tulevat kysymykset arkisista asioista kuten asumisesta, toimeentulosta, lääkemaksuista ja läheisten, varsinkin lasten, hyvinvoinnista. Toisinaan sosiaalityön asiakkaat psykiatrisessa sairaalassa eivät tiedä mahdollisuuksistaan saatikka oikeuksistaan joihinkin sosiaalietuuksiin tai –avustuksiin, joiden hakemisessa sosiaalityöntekijän rooli palveluohjaajana tulee esiin. Sosiaalityön näkökulmasta lääketieteellinen hoitotyö sairaalassa pyrkii parantamaan ja purkamaan kriisitilanteessa sen hetkisen akuutin lääketieteellisen vaivan läkehoidolla ja muilla toimenpiteillä. Sosiaalityön fokus puolestaan kiinnittyy myös sairaalahoidon jälkeiseen aikaan, kuten siihen mihin potilas kotiutuu ja millä hän maksaa lääkkeensä. (Pitkänen 2011, 7–15.) Rahanpuute, työttömyys, vaikeat perhe- ja ihmissuhteet, asunnottomuus sekä arkipäivän huolet ovat stressitekijöitä, jotka voivat aiheuttaa osaltaan psyykkisiä ongelmia sekä olla niiden seurauksia. Sosiaalityöllä voi nähdä siten olevan myös terapeutisia vaikutuksia, kun potilaan kuntoutuminen helpottuu ja onnistuu paremmin sosiaalityöntekijän avustuksella. (Frankenhauser 2014, 71.)

Mielenterveyspotilaiden pitkäkestoinen kuntoutus on siirtynyt yhä enemmän kolmannelle sektorille ja erilaisille yhteisöille. Näitä palveluita ovat esimerkiksi tuettu asuminen, klubitalot ja mielenterveyskuntoutujien työllistyminen. Mielenterveyspalveluiden ja etenkin erilaisten tuettujen asumismuotojen tuotanto on nykyisellään kokonaisuudessaan hyvin pirstaleinen. Nykyisessä julkisjohtamismallissa palveluita arvioidaan ensisijaisesti niiden tulosten ja tuotosten mukaan entisen tarveperustaisen arvioimisen sijaan. (Raitakari & Saario 2008, 197.) Mielenterveyspotilaiden kohdalla kuntoutuminen ei kuitenkaan ole aina yksiviivaista. Myös potilaan oma kokemus hyvästä sekä normaalista arjesta saattaa poiketa yhteiskunnan yleisestä näkemyksestä. Kaikki potilaat eivät kuntoudu palkkatyöhön tai täysin itsenäiseen elämään. Suvi Raitakari ja Sirpa Saario (2008) käsittelevät vaikuttavuuden osoittamisen vaatimuksia



tutkiessaan erään mielenterveystyön järjestön ylläpitämää tuettua asumista ja kuntouttavaa toimintaa. Palveluiden tuottajan ja tilaajan näkemykset voivat olla erilaisia koskien mielenterveys- ja päihdekuntouttajien palveluiden sisältöä ja tavoitteita. Palveluntuottajan toiminnan vaikuttavuuden kuvaaminen on vaikeaa etenkin silloin, kun työn lähitavoitteeksi ei voida asettaa normiaikuisen ”itsenäistä” elämää ja palkkatuloa. Kuntouttavalla palvelulla voi olla suhteellisen pysyvä rooli asukkaiden elämässä. Eräänä vaikuttavuuden kriteerinä tulisi käyttää pitkäkestoisten, tukevien rakenteiden ylläpitämistä asukkaan kotiuttamisen tai toiseen instituutioon uloskirjoittamisen sijaan. (Mt., 222–223.)

Terveystieteidenhuollossa sosiaalityöntekijä toimii yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa, jolloin sosiaalityötä on tarkasteltava moniammatillisesti. Työtä tehdään yhteistyössä lääketieteen ja hoitotieteen kanssa, mikä asettaa omat vaatimuksensa ja rajoituksensa toiminnalle. Sosiaalityöllä on erityinen psykososiaalinen työote, joka sisältää tukemista sosiaalisessa selviytymisessä, konkreettista sosiaalityötä ja tukikeskusteluja. Ongelmallisuutta joidenkin arvioiden mukaan ammattien väliseen yhteistyöhön tuo se, että psykososiaalista työtä toteutetaan työotteena myös muiden ammattiryhmien taholta. (Lindén 1999, 20–25, 55.) Toisten arvioiden mukaan psykososiaalinen näkökulma eri ammattiryhmien yhteisenä työotteena helpottaa yhdessä työskentelyä (Metteri Anna 13.5.2014, henkilökohtainen tiedonanto). Moniammatillisia työryhmiä on perustettu terveystieteidenhuoltoon, koska niiden avulla on mahdollista tarkastella asioita monesta näkökulmasta. Tällöin voidaan yhdistää erilaista asiantuntijatietoa mahdollisimman monipuoliseen ymmärrykseen ja tulokselliseen ongelmanratkaisuun pääsemiseksi. Tämä on perusteltua erityisesti silloin, kun asiakkaiden tarpeisiin ei ole helppo vastata yhden näkökulman tai yhdenlaisen tietämisen varassa. Sosiaalityön ja lääketieteen lähentymistavan ero liittyy luonnontieteen ja sosiaalisen kehityksen perustavanlaatuisen eroon. (Metteri 1996, 146.)

Terveystieteidenhuollossa tapahtuvan sosiaalityön toimintametoiksi ja sille ominaiseksi toiminnaksi määritellään asiakastyön lisäksi asiantuntijana toimiminen, tutkiminen, kehittäminen, vaikuttaminen ja tiedottaminen (Juhila 2008). Juhilan mukaan näiden seikkojen korostaminen kertoo sosiaalityön asiantuntijuuden kiinnittymisestä terveystieteidenhuollossa lääke- ja hoitotieteeseen. Näkyväksi tullakseen on sosiaalityön esiintuotava omaa, asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen tuntemiseen perustuvaa ja hänen tarpeistaan lähtevää sosiaalisen asiantuntijuutta. Tämän lisäksi on sosiaalityön vahvistettava omaa toimintaansa, tiedotettava potilaan kannalta tärkeistä sosiaalisen asioista ja vaikutettava epäkohtien korjaamiseen myös

yhteiskunnallisella tavalla. Haasteena on se, miten muiden ammattien edustajat osaavat ottaa sosiaalisen huomioon työssään. Sosiaalityöntekijän tehtävät muodostuvat olennaisesti sen mukaan, miten hoitajat ja lääkärit osaavat tunnistaa potilaan sosiaalisia tarpeita ja ottaa työhön mukaan sosiaalityön asiantuntijuutta. Yhteistyö ainakin lääkärin ja hoitajien kanssa onkin merkittävällä sijalla. Sosiaalityön perusasioiden tuntemusta siirtyy kuitenkin nykyisin yhä enemmän varsinaiselle hoitohenkilökunnalle. (Mt., 32–33.)

Lääketieteellisesti johdetussa organisaatiossa sosiaalityö helposti nähdään terveydenhuollon muiden ammattiryhmien tehtäviä avustavana ja tukevana toimintana. Sen sisältö määräytyy suurelta osin toimintaorganisaation lääketieteellis-sairaanhoidollisesti painottuneiden tavoitteiden kautta. Alistaisuus voidaan määritellä myös ammatin autonomisuuden vastakohdaksi ja siten professionaalisen aseman saavuttamisen esteeksi. (Lehtinen 1986, 83.) Metteri (1996) arvioi, että suurimmat ongelmat sosiaalityöntekijänä toimimiseen terveydenhuollossa aiheutuvat juuri alisteisesta asemasta. Terveydenhuollon sisällä oleva tietohierarkia määrittelee luonnontieteen ylimmäksi, sosiaalisen tiedon alimmaksi ja psykologisen tiedon sijoittuvaksi siihen keskivälille. Sosiaalinen tai psykologinen tieto nousee usein luonnontieteellisen tiedon rinnalle vasta silloin, kun se auttaa täsmentämään lääketieteellistä johtopäätöstä. Tai silloin, kun asiat sijoittuvat selkeästi luonnontieteellisen kehyksen ulkopuolelle. Tasaveroinen eri ammattiryhmien välinen dialogi ei helposti pääse toteutumaan terveydenhuollon hierarkkisen rakenteen vuoksi. Toteutuakseen se edellyttää moniammatilliseen työhön osallistuvilta toistensa näkökulmien tunnistamista ja tunnustamista. Sosiaalityö tuleekin hyväksytyksi terveydenhuollossa helposti vain lääketieteellisen mallin ehdoilla. (Mt., 147–148.)

Myös Juhila (2008) nostaa esiin sosiaalityön ongelmatilanteita terveydenhuollossa määritellesään sosiaalisen mahdollisen jalkoihin jäämisen paitsi lääke- ja hoitotieteen, myös jäykän instituutorakennelman puristuksessa. Kamppailu sosiaalityön paikasta ja merkityksestä on tyypillistä areenoille, joilla on perinteisesti sosiaalityötä vahvemman aseman omaavia ammatteja ja asiantuntijoita, kuten lääkäreitä. (Mt., 33.) Vieraassa isäntäorganisaatiossa sosiaalityön asiantuntijuuden on koettu tarvitsevan erityistä tukea ja aktiivista ylläpitämistä, jotta asiantuntijuus ei huku, vaan pystyy tarjoamaan jotain täydennystä yhteiseen työhön. Sosiaalityön asiantuntemuksen voi arvioida tulevan sitä tarpeellisemmaksi osaksi yhteistä toimintaa, mitä laajemmasta tai syvemmästä näkökulmasta ihmisten selviytymistä halutaan arvioida. (Metteri 1993, 98–99.)

Suomessa terveydenhuollon hallinnollinen ja taloudellinen päätäntävalta on pidetty pitkälle lääke- ja hoitotieteen hallussa eikä sairaaloiden tai terveyskeskusten johtoon ei ole valittu terveydenhuollon ulkopuolisen ammattikunnan edustajia. Organisaatioiden toiminta voidaan historian kautta ymmärtää pakottavaksi yksilöihin nähden, sillä toimijoiden motiivit ja pyrkimykset ovat aina sidoksissa toiminnan historiaan. Asiantuntijat työskentelevät organisaatiossa suhteessa aiempaan osaamiseen, sääntöihin, resursseihin ja välineisiin. Yhteistoiminta tapahtuu työnjaollisessa suhteessa toisiin organisaatioihin ja ammattikuntien väliseen työnjakoon omassa organisaatiossa. Samalla yksilöt ovat aktiivisia ja reflektioivia suhteessa omiin tekoihinsa. Perinteisissä professioissa ammatillinen autonomia antaa mahdollisuuden toimia itsenäisesti ja vaikuttaa omien tekojen kautta organisaation toimintaan, myös muuttaa niitä. Ammattilaisten tekoja ohjaa siten yksilöllinen tarkoitus, mutta toiminnan taustalla vaikuttaa historia. Esimerkiksi miten potilastyötä on tavattu tehdä, mitä dokumentteihin on tavattu kirjoittaa tai keiden kanssa yhteistyötä on tavattu tehdä. Nämä käytännöt ovat ammatteihin ajan myötä kehittyneitä ja organisaatioiden muistissa olevia käytäntöjä toimia. Kuitenkin esimerkiksi uudet ajattelumallit, teknologian ja tieteen kehityksen mahdollistamat työvälineet, uuden lain tai organisaation johdon antamat säännöt voivat hetkessä muuttaa työtavan toiseksi. (Vähäaho 2002, 61.)

Satka (2007, 216) tiivistää tärkeimmän oppinsa historian tutkimuksesta seuraavasti: ”Toimijoiden on aina rakennettava sosiaalinen työ oman aikansa lähtökohdista käsin. Peritty kokemustieto on uuden rakentamisen avuksi.” Myös Metteri (2012) määrittelee sosiaalityöntekijöiden ammatillisuuden sidonnaisuutta aikansa yhteiskuntaan ja toimintaympäristöihin. Yhteiskunnan ja sosiaalityön toimintaympäristön muuttuessa sekä asiakkaiden tilanteiden ja ongelmien muuttuessa, on myös sosiaalityöntekijöiden muutettava ammatillisia toimintakäytäntöjään. Tämä muutostyö tapahtuu ongelmien ja niiden taustojen analysoimisen kautta. (Mt., 225.) Terveydenhuollon kehitys on ollut jatkuvan muutoksen alla (Lindén 1999, 29). Vuodesta 1945 tultaessa nykypäivään on etenkin psykiatrisessa työssä tapahtunut valtava muutos. Laman jälkeinen hyvinvointivaltion leikkauspolitiikka ja nykyinen mielenterveyspalveluiden pirstaloitunut palvelujärjestelmä ovat vaikuttaneet mielenterveyspotilaiden käytännön asioiden hoitoon. Tämä kaikki on luonnollisesti vaikuttanut myös psykiatrian toimintaympäristössä tehtävään sosiaalityöhön. Historiallinen katsaus sosiaalityön paikan määrittymiseen osana psykiatristen potilaiden hoitoa on eräänlainen taustan analysointi suhteessa sosiaalityön nykyiseen sijoittumiseen mielenterveyspalveluiden kentässä.

Toivoakseni se avaa näkökulmia, luo oivalluksia ja tuo ymmärrystä siihen, miten sosiaalityön paikka osana mielenterveyspalveluita nykyisellään määrittyy.

### 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Tutkimustehtävä ja aineisto

Päämääränä tutkimuksessani on kuvailla sosiaalityön paikkaa eri vuosikymmenillä ja löytää yhtymäkohtia psykiatrian kehitykseen. Tarkoitukseni tuottaa tietoa siitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet sosiaalityön paikan määrittymiseen psykiatriassa. Liikkuessani tutkimuksessani terveydenhuollon ja sosiaalityön rajapinnoilla katson asioita ensisijaisesti yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Aineistoni perusteella olen määrittänyt erilaisia tasoja suhteessa sosiaalityön paikan määrittymiseen psykiatrian toimintaympäristössä. Tasoja siitä, kuinka sosiaalityö määrittää itse itseään, miten sosiaalityö määrittyy suhteessa muihin ammattiryhmiin sekä suhteessa yhteiskuntaan.

Ajallisesti keskityn tutkimuksessani sosiaalihoitajien koulutuksen aloittamisesta vuodesta 1945 nykypäivään. Raunion (2009, 32) mukaan ammatillinen koulutus on ammatillistumisen ensimmäisiä askeleita. Ammatillisuuden kehittyessä kohti professiota, ovat koulutus ja tietoperusta korostetussa asemassa (mt., 33). Tarkoitukseni on kuvata *koulutuksen ja tietoperustan kehittymisen vaikutusta psykiatriassa tehtävän sosiaalityön paikkaan* ja sitä, millaisena sosiaalityöntekijän *työnsisältö psykiatriassa eri ajanjaksoina näyttäytyy*. Tämä edustaa työssäni sosiaalityön ammatillis-käytännöllistä näkökulmaa. Koulutuksella on mielestäni merkittävä osa siinä, millaiseksi sosiaalityö itse itsensä ymmärtää. Välittömästi tämä ymmärrys näkyy myös eri aikakausien työnsisällöissä. Sosiaalityön määrittymistä suhteessa muihin ammattiryhmiin kuvaan sosiaalityön ammatillistumisen ja työnsisällön lisäksi *moniammatillisuuden kehityksen* kautta. Sitä, millaiseksi sosiaalityölle annettu paikka laajemmalla tasolla määrittyy kuvaan yhteiskunnallisten tekijöiden kautta. Näitä tekijöitä ovat muun muassa *yhteiskunnallinen tilanne sosiaalityön näkökulmasta, mielenterveyspolitiikassa tapahtuneet muutokset, psykiatrian historiassa tapahtuneet rakenteelliset muutokset sekä psykiatrisen sairaanhoidon kehittyminen*. Tarkastelen sosiaalityölle määrittyvää paikkaa mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellisen näkökulman kautta. Nähdäkseni mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellisen näkökulman vallitseva painotus suhteessa

aikakauden lääketieteellis-psykiatrisen näkökulman painotukseen mielenterveyspotilaiden hoidossa on määrittänyt merkittäväällä tavalla yhteiskunnan ja psykiatrian puolelta sosiaalityölle annettua paikkaa.

Tarkastelen aihettani seuraavan tutkimuskysymyksen avulla: Miten sosiaalityön ammatillistuminen sekä psykiatriassa että yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet sosiaalityön paikan määrittymiseen psykiatrian toimintaympäristössä vuodesta 1945 nykypäivään?

Jouni Tuomi ja Anneli Sarajärvi (2009) määrittelevät yleisimmiksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiksi haastattelun, kyselyn, havainnoinnin ja erilaisiin dokumentteihin perustuvan tiedon. Eri aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti, rinnan tai eri tavoin yhdistettynä. (Mt., 71.) Dokumentteihin pohjautuvaa aineistoa (ks. Liite 1) olen koonnut pala palalta eri aineistonkeruureittejä hyödyntäen. Ensimmäiset aineistot, Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin toimintakertomukset ja 1960-luvun Sosiaalityö- lehdet, löysin tutkimukseeni jo kandidityötä tehdessäni. Varsinaista pro gradu – työtä aloittaessani huomasin kuitenkin pian, että aineiston kartoittaminen ja kerääminen tutkielmaani varten oli haastavaa. Säilytettyjä dokumentteja menneiltä aikakausilta oli tallessa kovin vähän. Tämän vuoksi tein aluksi varasuunnitelman eläkkeellä olevien sosiaalityöntekijöiden teemahaastattelusta, jos riittävästi dokumentteihin pohjautuvaa aineistoa ei työhöni muutoin löytyisi. Ajatuksenani oli ensin koota raportteja moniammatillisilta työryhmiltä, sosiaalityöntekijöiden kokousmuistioita tai muunlaisia hallinnollisia muistioita, joista olisi voinut päätellä sosiaalityön paikkaa psykiatriassa eri vuosikymmeninä. Näitä tiedustellessani havaitsin, että tutkielmani kannalta sopivista dokumenteista oltiin huonosti tietoisia. Aikoinaan psykiatrisen sairaalan arkistossa tapahtuneet vesi- tai homevahingot olivat osittain myös tuhonneet hallinnollisia papereita menneiltä vuosikymmeniltä tai niitä ei oltu jostain muusta syystä säästetty. Historian tutkimuksen kannalta tämä on erittäin valitettavaa, sillä samalla on poistunut tietoa, jota muualta ei löydy. Aineistonkeruuta koskevien hankaluuksien myötä jouduinkin suuntaamaan aineiston hankinnan erilaisille teille ja miettimään, millaiset saatavilla olevat dokumentit tuottaisivat sosiaalityön paikkaa psykiatriassa kuvaavaa tietoa. Päädyin keräämään lisää psykiatrisen sosiaalityön paikkaa kuvaavia artikkeleita eri aikakausilta sekä erilaisten työryhmien julkaisemia mietintöjä. Näiden lisäksi sain materiaalia (mm. koulutusmateriaalia, työryhmämietintöjä) TAYS:n johtavan sosiaalityöntekijän kautta.

Alan ammattilehdistä kokoamani artikkelikokoelma sijoittuu pääsääntöisesti joko 1960- tai 1990-luvun alkuun. Ajallisesti ne sijoittuvat psykiatriassa tapahtuneiden rakennemuutosten aikakausiin. 1960-luvulla alkoi psykiatriassa avohoidon kehittyminen ja mielenterveystoimistoverkoston rakentuminen, joka kattoi 1970-luvun loppupuolella jo koko maan (Hyvönen 2008, 108). Vuonna 1991 psykiatrinen erikoissairaanhoito puolestaan yhdistyi hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoitoon, kun se aiemmin oli toiminut itsenäisesti mielisairaanhoitopiirien sisällä (Hyvönen 2004, 19). 1990-luvun alun psykiatrasta työtä ohjasivat myös uudet mielenterveys- ja erikoissairaanhoitolait (Hyvönen 2004) sekä kuntien valtionosuusuudistus (Hyvönen 2008). Kyseiset rakenteelliset muutokset vaikuttivat psykiatriseen hoitoon ja sitä kautta myös sosiaalityön paikkaan sen sisällä. Varsinkin 1960-luvulla alan ammattilehtiin kirjoitetut artikkelit näen myös sen ajan foorumina työn kehittämiseksi ja suuntaamiselle. Silloin sosiaalityön tutkiminen ja professionalistuminen olivat vasta alussa eikä nykypäivän foorumeita ammatillisuuden kehittämiseen sekä tutkimiseen ollut vielä olemassa. Mutta myös myöhemmin kirjoitetut lehtiartikkelit heijastavat oman aikansa ajankuvaa, siellä käytyjä kamppailuja ja keskusteluja. Lehtiartikkeleita olen koonnut vaihtelevasti sosiaalityön ohella myös psykiatrian puolelta 1970-luvulta eteenpäin.

Työssäni aineistona käyttämäni työryhmien mietintöjen vaikutusta muun muassa mielenterveyslakeihin Helén ym. (2012) kuvaavat suureksi. Vuonna 1977 lääkintöhallituksen julkaiseman esityksen, Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen, pohjalta muutettiin osittain vuoden 1952 mielisairaslakia. Puolestaan vuoden 1984 mielenterveystyön komitean mietinnöllä oli suuri vaikutus dehospitalisaatiopolitiikkaan ja vuonna 1991 voimaan tulleeseen uuteen mielisairaslakiin. (Mt., 16–17.) Kyseiset lait puolestaan määrittivät sitä toimintaympäristöä, jossa sosiaalityö psykiatrian ohessa toimi sekä ymmärrystä mielenterveystyön sisällöstä. Se, millaiseksi mielenterveystyön sisältö on eri aikakausina määrittynyt, on mielestäni vaikuttanut oleellisesti myös sosiaalityölle annettuun paikkaan sen sisällä. Erilaisten työryhmien mietintöjen ohella lehtiartikkelit edustavat työssäni yleisempää makrotasoa, joiden pohjalta olen luonut kuvaa sosiaalityön paikasta eri aikakausina. Tarkempaa paikallista kuvausta sosiaalityön sisällöstä, sen toimintaympäristössä tapahtuneista muutoksista ja moniammatillisuuden muotoutumisesta olen hakenut Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiiriin (nykyisin Pirkanmaan sairaanhoitopiiri) toimintakertomuksista ja – suunnitteluraporteista sekä TAYS:n sosiaalityöntekijöiden lehtihaastatteluista että koulutusmateriaaleista. Vaikka tapausanalyysini

kohteet ovat rajallisia ja paikallisia, koostuu niistä yhdenlainen näkökulma koko suomalaiseen sosiaalityön paikkaan psykiatriassa.

Aineiston keräämisen aikana en käynyt järjestelmällisesti läpi kaikkia sosiaalityön ja psykiatrian lehtiä tai kaikkia työryhmien mietintöjä vuodesta 1945 lähtien. Ainoastaan käyttämäni Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin toimintakertomukset olen käynyt järjestelmällisesti läpi vuosilta 1958–1984. Tämän jälkeen toimintakertomusten luonne muuttui yleisemmälle tasolle eikä niistä löytynyt enää sosiaalityön kuvausta. Aineistohankinnassani olen keskittynyt tärkeimpiin suomalaisen psykiatrian historian taitekohtiin, jotka olen määrittänyt aiheeseen tutustumisen perusteella kirjallisuudesta. Näiden pohjalta olen muodostanut kronologisen rungon, joka toimii myös työni tulososion pohjana. Keräämääni dokumentaariseen aineistoon tutustuessani huomasin sen tukevan ja tarkentavan kirjallisuuden perusteella määrittämiäni suuntalinjoja. Tämä vahvistaa sitä, että keräämäni aineisto tuloksineen ei pohjaudu vain sattumanvaraiseen otokseen, vaan on tiedoiltaan luotettavaa, harkitusti koottua tietoa. Työni tarkoituksena ei ole historian kulun tarkka ja yksityiskohtainen kuvaaminen vaan tärkeimpien sosiaalityön paikkaa psykiatriassa määrittävien tekijöiden ja taitekohtien esiintuominen. Aineistollani on myös olemassa poikkitieteellinen ote, sillä se painottuu pääsääntöisesti kahteen eri osa-alueeseen: terveyssosiaalityöhön tai psykiatrian historiaan. Näiden kahden eri näkökulmasta olevan aineiston pohjalta olen kartoittanut psykiatriassa tehtävän sosiaalityön historian kulkua ja pyrkinyt jäsentämään sitä yhtenäiseksi kokonaisuudeksi siitä näkökulmasta, mikä rooli sosiaalityöllä psykiatrian toimintaympäristössä on ollut. Koska tutkimusaiheeseeni ovat vaikuttaneet monet tekijät (yhteiskunnalliset, terveydenhuollolliset ja sosiaaliset), olen joutunut lähestymään tutkimusaihetta monesta eri näkökulmasta.

Kartoittaessani aiempaa tutkimusta tutkimusaiheestani huomasin, ettei aiempaa dokumentteihin perustuvaa tutkimusta psykiatriassa tehtävästä sosiaalityöstä Suomessa ole historian perspektiivistä tehty. Sosiaalityön historiaa ja ammatillistumista koskevia julkaisuja, väitöskirjoja (mm. Satka 1995, Toikko 2001) ja pro gradu – tutkimuksia (esim. Koskensalo 2008) on puolestaan tehty jonkin verran. Historiallisesta perspektiivistä tehtyä sairaalassa tehtävää sosiaalityötä käsittelevää pro gradu – tutkimusta löysin kuitenkin vain yhden. Siihen Hanna-Kaisa Pentikäinen (2011) kokosi aineistonsa sosiaalityöntekijöiltä kirjoituspyyntöjen kautta. Väitöskirjatasoista tutkimusta suomalaisen terveyssosiaalityön tai psykiatrisen sosiaalityön historiasta ei ole julkaistu. Vuosien varrella on kuitenkin tehty useita muita pro gradu-tutkimuksia sosiaalityöstä terveydenhuollon ja psykiatrian toimintaympäristössä (esim.

Forsström 2011, Korkealaakso 2006). Vanhempaa kuvausta terveydenhuollossa tehtävästä sosiaalityöstä löytyy mm. Tulpon (1991) pro gradu -tutkimuksesta. Sen sijaan Arja Kirjavaisen (2012) pro gradu -tutkimus vankilasosiaalityön syntyhistoriasta Suomessa lähenee tutkimuksellisen näkökulman ja aineistovalintojen kautta eniten omaa työtäni. Tällaisen aiemman suppean suomalaisen tutkimuksellisen taustan kautta näen pienetkin tiedonpalaset arvokkaina ja merkityksellisinä osina terveysosiaalityön historiaa.

Puolestaan kansainvälisiä tutkimuksia, joissa käsitellään terveydenhuollossa tai psykiatriassa tehtävää sosiaalityötä historian näkökulmasta, löytyy jo hieman helpommin. Michael Reisch (2012) peilaa artikkelissaan terveysosiaalityössä Yhdysvalloissa tapahtunutta historian kehitystä 1900-luvun alusta tähän päivään asti ja sitä, kuinka sosiaalityöntekijät voisivat tämän päivän muutoksiin vastata. Vanhempaa 1900-luvun alkupuolen kuvausta sosiaalityön kehityksestä psykiatriassa Yhdysvalloissa on luettavissa myös Kathleen Woodroofen (1962) teoksesta. Ameil J. Joseph (2013) käsittelee sosiaalityötä ja muutosta anti-psykiatrisessa liikkeessä, joka on tapahtunut Pohjois-Amerikassa 1970-luvulta tähän päivään tultaessa. Terveydenhuollon professioiden, mukaan lukien sosiaalityön, historian kehitystä Japanissa voi tarkastella esimerkiksi Kaori Iwasakin ja Keiko Kitamoton (2012) artikkelin kautta. Jane Miller (2006) puolestaan kokoaa Australiassa Melbournessa tehtävän terveysosiaalityön historiaa 1930-luvulta lähtien. Joan Cooper (1989) käsittelee Englannissa 1960- ja 1980-lukujen välissä olevaa ajanjaksoa, jolloin siellä tehtävään sosiaalityöhön vaikuttivat sekä caseworkin perintö että yhteisöllinen ajattelu. Jälkimmäistä näistä hän tarkastelee mielenterveyshuollon avohoitopolitiikan muodostumisen kautta.

### 3.2 Tutkimuksen näkökulma ja analyysi

Tutkimukseni lähtökohtaa olen rakentanut erilaisten näkökulmien kautta, joiden avulla voidaan tarkastella yhteiskunnan historiassa tapahtuvaa muutosta. Seuraavassa kuvaan keskeisimpiä työhöni vaikuttaneita näkökulmia. Työni ei ole sidoksissa yksittäisesti mihinkään kuvaamaani näkökulmaan vaan pyrin rakentamaan siltaa erilaisten tutkimuksellisten näkökulmien välille. Sillan rakentamisen kautta pyrin tavoittamaan erilaisia näkökulmia siihen, miten sosiaalityön paikkaa psykiatriassa voisi historiallisesta perspektiivistä määrittää. Raitakari (2006) kuvaa väitöskirjansa tutkimuksen lähtökohdissa tällaista eri näkökulmien kautta muodostuvaa ”sillan rakennusta”. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole kyse vain yksittäisistä tekstuaalisista aineistoista tai menetelmävalinnoista vaan samalla sitoudutaan tiettyihin metodologisiin lähtökohtiin. (Mt.,



89.) Tutkimukseni teoreettisina kehyksinä toimivat mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellinen ja sosiaalityön ammatillis-käytännöllinen näkökulma psykiatriassa tehtävän sosiaalityön ajalliselle tarkastelulle (luku 2). Näitä lähestyn sosiaalihistoriallisen ja kriittisen luennan keinoin ajassa kehkeytyvinä ilmiöinä.

Laajempaa kaarta koko tutkimukseni ylle piirtää sosiaalihistoriallinen näkökulma. Sosiaalihistorian tutkimuskohteena on yhteiskunta ja se, miten yhteiskunta muodostuu. Historiaa tarkastellaan siis ihmisten yhteiskunnallisena tai yhteisöllisenä toimintana. Sen tutkimuskohteena ovat yhteiskunnassa muodostuneet sosiaaliset ryhmät, niiden rakenne, suuruus, merkitys, asema ja keskinäiset suhteet. Sosiaalihistorian tutkimuskohteeksi voidaan määritellä myös se, miten yhteiskunta toimii. Ranskalaisilla tutkijoilla on korostunut ajatus eritasoisten rakenteiden (luonto, talous, yhteisö, yksilö) vuorovaikutuksesta ja ajan jakamisesta eritasoihin tapahtumiin: tapahtumiin, konjunktuihin (esim. valtiollinen asema) ja hitaasti muuttuviin asioihin (esim. luonnonolot). Historian tutkimuksen tehtävänä on selittää myös sosiaalisen ongelman käsittämistä: esimerkiksi millaisiksi sosiaalisiksi ongelmiksi koetut asiat muuttuvat. Sairaus itsessään ei ole sosiaalinen ongelma, mutta sen seuraukset voivat olla, jos se johtaa toimeentulovaikeuksiin tai jos terve, pitkä elämä on yhteiskunnan vahva normi. Sairautta voidaan käyttää mittarina kuvaamaan sosiaalisia eroja ja siihen pohjautuen sairaus voidaan käsittää ongelmaksi tasavertaisuuden näkökulmasta. Sosiaalihistorian tutkimukselle ominaista onkin pyrkimys kokonaisvaltaisuuteen ja poikkitieteellisyyteen. (Haapala 1989, 18–21, 88, 92.)

Eräs kuvaus historiallisen perspektiivin omaavasta yhteiskunnallisesta tutkimuksesta löytyy Pertti Alasuutarilta (1996) ilmestyneestä tutkimuksesta Toinen tasavalta. Tutkimuksessaan hän kuvaa ja erittelee niitä kulttuuris-yhteiskunnallisia muutoksia, jotka ovat tapahtuneet Suomessa jatkosodan päättymisestä Euroopan Unioniin liittymiseen asti. Tutkimuksessaan hän jakaa sisällöltään erilaiset aikakaudet jaksoihin, tasavaltoihin, jotka seuraavat toisiaan kronologisessa muodossa. Muutosten ja kehityslinjojen erittelyn ohella hän tekee katsauksen kokonaiseen ajanjaksoon ja kulttuuriseen kauteen eli toiseen tasavaltaan. Analyysin kohteena hänellä on se kulttuurinen kokonaisuus, jonka puitteissa päivänpolitiikan kamppailuasemat ovat muotoutuneet sellaisiksi kuin ovat. Toisen tasavallan käsittävällä aikakaudella esiintyvistä Helsingin sanomien pääkirjoituksista hän analysoi puheavaruuksia, joiden puitteissa erilaisia yhteiskunnallisia kysymyksiä on jäsennetty ja käsitelty. Alasuutarin tutkimuksen mukaan olen jakanut tutkimukseni tulososion ajanjaksot kronologiseen muotoon, joiden sisällä käsitellen tarkemmin sitä, millaisena sosiaalityön sisältö ja paikka määrittyvät psykiatriassa. Alasuutaria mukaillen

sosiaalityön paikka psykiatriassa näyttäytyy työssäni erilaisilla tasoilla yhteiskunta-poliittisista ulottuvuuksista paikallisen tason toimijuuteen asti.

Ranja Aukee (2013) puolestaan käsittelee väitöskirjassaan sosiaalilääketieteen suomalaista historiaa, keskeisiä määrittäjiä ja määreitä. Tämän tutkimuskirjallisuuteen ja dokumenttiaineistoon pohjautuvan katsauksen tutkimusmetodologiana hän käyttää kriittistä lukemista. Aineiston valinnan Aukee kuvaa olleen valikoivaa pyrkien kuitenkin kuvaamaan yleisimpiä linjoja ja käännekohtia sosiaalilääketieteen kehityksessä. Aukeen tavoin olen käyttänyt aineiston valinnassani valikointia ja keskittymistä tärkeimpiin historian käännekohtiin. Aineiston lukemistani on ohjannut myös Aukeen kaltainen kriittinen ja samalla yhteiskunnallinen näkemys.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkittavalle ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tutkielmani analyysivaiheessa käytän laadullista tutkimusmenetelmää, jonka analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, joka tarkastelee inhimillisiä merkityksiä, joita laadullisen tutkimuksen historiasta löytyy. Sisällönanalyysissä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja selkeässä muodossa. Aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen siten, että hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Sen pohjalta tehdään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä ilmiöstä. Aineiston käsittelyvaiheessa se aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Aineistoa voidaan käsitellä luokittelemalla, teemoittelemalla tai tyypittelemällä sitä. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, teorialähtöistä tai teoriaohjaavaa. (Mt., 92, 104, 108.)

Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkimuksen aineistona käytettyjä dokumentteja voivat olla miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali esimerkiksi kirjat, artikkelit, päiväkirjat, haastattelut, keskustelut ja raportit. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Koska tutkimukseni aineistona on erityyppisiä dokumentteja artikkeleista haastatteluun asti, sopii sisällönanalyysi mielestäni hyvin tutkimukseni aineiston analysoimiseen. Tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali voidaan jakaa yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin (Tuomi & Sarajärvi 2009), joita molempia löytyy aineistostani. Yksityiset dokumentit voivat olla esimerkiksi

puheita, kirjeitä, muistelmia tai sopimuksia. Joukkotiedotuksen tuotteet voivat puolestaan olla vaikkapa sanoma- ja aikakauslehtiä tai tv-ohjelmia. (Mt., 84.)

Aineistoa olen käsitellyt tutkimuksessani teemoittelemalla. Tällöin kerätystä aineistosta muodostetaan teemoja eli keskeisiä aiheita etsimällä tekstimassasta yhdistäviä tai erottavia seikkoja (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Teemoittelua on mahdollista suorittaa myös jostakin viitekehyksestä tai teoriasta käsin. Aineistoa luetaan läpi useampaan kertaan ja samalla merkitään tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia asioita. Näin aineiston sisältö vähitellen selkenee ja tutkijalle jäsentyy käsitys siitä, mitä tutkimusaiheeseen liittyvää siellä on. Tämän jälkeen jatketaan varsinaiseen aineiston analyysiin, tiivistämiseen ja tulkintaan. (Mt., 104–105.)

Aineiston analyysissä tarkastelen sosiaalityön paikan määrittymistä sosiaalityön ammatillis-käytännöllisen näkökulman ja mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellisen näkökulman kautta. Mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellisen ja psykiatris-lääketieteellisen näkökulman välisillä erilaisilla painotuksilla eri vuosikymmeninä on ollut merkittävä vaikutus sosiaalityölle annettuun paikkaan psykiatrian toimintaympäristössä. Psykiatriassa tehtävän sosiaalityön viitekehys sekä vallitsevan aikakauden yhteiskunnallisen tilanteen viitekehys ovat ohjanneet aineiston analyysiäni. Aineistoa lukiessani olen pyrkinyt löytämään keskeisiä yhdistäviä tekijöitä vallitsevan yhteiskunnallisen tilanteen, psykiatrian rakennemuutosten ja sairaudenhoidon kehityksen sekä sosiaalityön ammatillisen kehityksen välillä. Analyysin pohjalta olen muodostanut kronologisesti etenevän rungon. Muodostamani aikakaudet seuraavat ajallisesti psykiatriassa tapahtunutta laitoshoidon purkua ja välillisesti myös psykiatriassa tapahtuneen sairaanhoidon muutoksia. Yhteiskunnallisesta tilanteesta käsin muodostamiani aikakausia voisi kuvailla myös suhteessa hyvinvointivaltion rakentumisesta kohti 1990-luvun murrosvaihetta. Näihin aikakausiin päädyin siksi, että edellä mainittujen muutosten myötä myös sosiaalityöntekijöiden tehtävät ja asema moniammatillisen tiimin osana ovat mielestäni eniten muuttuneet. Muodostamani aikakaudet eivät todellisuudessa ole näin tarkkarajaisia vaan kuvaavat enemmänkin ymmärrystäni tapahtumien suurista linjoista. Alasuutarin (1996, 35) tapaan dokumentaarisen aineiston analysoinnin ohella tutkimukseni perustuu myös siihen, että käytän muita lähteitä ja aiempia tutkimuksia sekundaariaineistona. Käytän niitä kuvaillessani aikakauden yleisempää ilmapiiriä viitoittaen tietä lukijalle kohti dokumentaarisesta aineistosta nousevia tarkempia kuvauksia. Siten ne täydentävät toinen toisiaan.

Kaikkien kolmen suomalaista sosiaalityön historiaa psykiatriassa käsittelevän aikakauden sisäinen rakenne on samanlainen. Ensin käsitellään ajanjakson psykiatrian rakenteellisia ja sairaanhoidollisia sekä mielenterveyspolitiikassa tapahtuneita muutoksia. Nämä kuvaavat yhteiskunnan ja psykiatrian puolelta sosiaalityölle määrittämää paikkaa. Sen jälkeen siirrytään tarkastelemaan sosiaalityön ammatillistumista ja paikallisella tasolla psykiatrisen sosiaalityön sisältöä sekä moniammatillisuuden kehittymistä. Lopuksi kokoan yhteen edellisten lukujen pohjalta sitä, millaisena sosiaalityön paikka sinä ajanjaksona määrittyi psykiatrian toimintaympäristössä ja, mitkä tekijät siihen ovat kyseisenä aikakautena vaikuttaneet eniten. Ajanjaksot sekä niiden keskeiset tutkimustulokset olen koonnut tiivistetysti taulukkoon (ks. Liite 2). Aikakausien sisäisillä luvuilla on erilaiset painotuksensa, jotka heijastelevat aikakausia keskeisesti määrittäviä tekijöitä sosiaalityön näkökulmasta (sosiaalihoitajien sairaanhoidollinen painotus 1945–1960-luvuilla, sosiaalipsykiatria 1970–1980-luvuilla ja lääketieteellinen näkökulma 1990-luvulta eteenpäin).

#### 4 PSYKIATRIAN LAITOSTUMINEN JA SOSIAALITYÖN SAIRAANHOIDOLLINEN PAINOTUS 1940–1960-LUVUILLA

Sodan jälkeinen suomalainen yhteiskunta oli muutoksessa (Satka 1994, 295). Yhteiskunnan muuttuminen teollistumisen ja kaupungistumisen seurauksena toi uusia ajatuksia sosiaalipolitiikkaan. Sen päätavoitteiksi määrittyivät kohtuullinen elintaso kaikille, sosiaalinen turvallisuus ja viihtyvyys. Sosiaalisten ongelmien painopiste alkoi siirtyä psykososiaalisten ongelmien suuntaan. Yhteiskunnan kehittyminen ja elintason nousu nostivat esiin uudenlaisen, suhteellisen köyhyyden, jonka mittana ei ollut enää minimitulo vaan yleinen elintaso. Sosiaaliset ongelmat ilmenivät ihmisten välisinä ristiriitoina ja yksilöiden sopeutumattomuutena elämän eri vaiheissa. Aiemmin säädetyillä huoltolaeilla ei ollut enää paljon annettavaa sodanjälkeisiin arkielämän ongelmiin vaan uusien ongelmien kohtaamiseen haettiin oppia angloamerikkalaisesta case work -menetelmästä. Puhuttiin sosiaalityön psykologisoitumisen vaiheesta. (Vuorikoski 1999, 98.) Suomalainen sosiaalipalvelujärjestelmä rakennettiin 1960-luvun lopulla (Satka 1994, 303). Yhteiskunnan, sairaalalaitoksen ja potilaiden tarpeiden kehityksen vuoksi myös sairaalan tuli ottaa huomioon monia sosiaalisia näkökohtia ja vaatimuksia (Linden 1999, 43).

#### 4.1 Psykiatrisen sairaanhoidon laitostuminen

Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys sai alkunsa Suomessa, kun Tsaari Nikolai I antoi 1840-luvulla asetuksen heikkomielisten holhouksesta eli mielisairaanhoidon järjestämisestä, joka erotti mielisairaalat vaivahoidosta omaksi lääkintähuollon lohkokseen. Kauaskantoisena seurauksena tästä oli psykiatrian kehittyminen laitosvaltaisena hoitojärjestelmänä erillään yleissairaalahoidosta. (Hyvönen 2008, 89.) Teollistumisen, kaupunkiin suuntautuvan muuttoliikkeen ja naisten palkkatyöhön siirtymisen myötä mielisairaiden hoito kotona tuli vaikeammaksi (Achté & Kivalo 1989, 13).

Uudistettu versio suomalaisesta mielisairaanhoitolaista tuli voimaan vuonna 1952. Laki määritteli mielisairaanhoidon järjestämisen kokonaan kuntien tehtäväksi. Maa jaettiin 18 mielisairaanhoitopiiriin, joiden akuuttihoidosta vastasi keskusmielisairaala (A-sairaala) ja avohoidosta huoltotoimisto. Kroonisia ja helpompihoitoisia potilaita varten perustettiin kunnallisia B-sairaaloita. (Achté & Kivalo 1989, 15; Hyvönen 2008, 105–106.) Kunnalliskotien mielisairasosastojen toiminta tuli huoltotoimistojen valvonnan alaisuuteen. Suomen mielisairaaloiden sairaansijojen paikkamäärät nousivat merkittävästi tultaessa 1950-luvulta 1970-luvulle. Tänä aikana niiden määrä lähes kaksinkertaistui. Muutos johtui pääosin kuntien rakentamista 40 uudesta B-sairaalaista, mikä mahdollisti myös kunnalliskotien mielisairasosastojen jäämisen historiaan. Tänä aikakautena mielisairaaloissa hoidettiin psykiatristen potilaiden lisäksi myös kehitysvammaisia, alkoholisteja, psykogeriatrisia ja neurologisia potilaita. Neurologia ja psykiatria eriytyivät toisistaan vasta 1960-luvulla. (Hyvönen 2008, 107–108.)

Laitospainotteisuudesta johtuen sairaalan ulkopuoliset hoitomuodot eivät päässeet kunnolla kehittymään. Vaikka vuoden 1952 mielisairaslaki oli velvoittanut perustamaan huoltotoimiston avohoitoa varten jokaiseen mielisairaanhoitopiiriin ja valtionapujärjestelmä mahdollisti vihdoin avohoitoverkoston rakentamisen, lähti huoltotoimistojen perustaminen liikkeelle vasta vuosikymmenen loppupuolella varsin hitaasti. Sairaalakeskeisen ajattelutavan mukaan valtaosan psykiatrian valtionavusta vei näet itse sairaaloiden rakentaminen. 1960-luvun puolivälin jälkeen mielenterveystoimistoverkoston kehittyminen eteni vauhdilla. Ensimmäisten huoltotoimistojen toiminta painottui lähinnä mielisairaalaan kotiutettujen potilaiden jälkihoitoon sekä kunnalliskotien mielisairasosastoilla tehtäviin tarkastuksiin. 1960-luvun lopulla toimistojen

toimenkuva laajeni akuuttihoitoon ja myöhemmin myös psykiatriseen kuntoutukseen. Ehkäisevän mielenterveystyön kehittyminen viivästyi. (Hyvönen 2008, 108.)

1950- ja 1960-luku olivat psykiatriassa vuosikymmeniä, joissa potilaiden hoito painottui laitoksiin. Yhteiskunnallinen asenne mielenterveyspotilaita kohtaan pohjautui ennakkoluuloihin ja eristävään ilmapiiriin. (Hyvönen 2008.) Uusien hoitomuotojen ja avohoidon vähittäisen kehittymisen myötä sairaaloissa tehtävän sosiaalityön rinnalle tuli avohuollossa tehtävä sosiaalityö huoltotoimistoissa. Tämä toi psykiatriassa tehtävän sosiaalityön uudenlaiseen toimintaympäristöön. Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä sairaalan huoltotoimisto aloitti toimintansa vuonna 1959. B-sairaaloiden rakentamishanke oli vuonna 1963 Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä vielä kesken. Tämä näkyi keskusmielisairaalan (A-sairaala) paikkatilanteessa siten, että noin 500 paikkaa oli kroonisten potilaiden täyttämiä. Tästä johtuen sairaalan varsinaista potilasvaihtoa varten oli käytettävissä tuolloin vain 240 paikkaa. Kroonisten potilaiden vähentyessä keskusmielisairaala paikkapulan ei kuitenkaan ennakoitu helpottavan tulevaisuudessa, koska vapautuvien paikkojen ennakoitiin täyttyvän akuuttia hoitoa vaativilla potilailla. Tämä johtui siitä että, ennakkoluulojen vähentyessä mielisairaita kohtaan yhä useammat ihmiset halusivat tulla tutkituttamaan itseään ja saamaan hoitoa sairaalassa. 1960-luvun alussa sairaalan potilaista 70 % oli hoidossa vuoden tai pidempään. Edellisistä seikoista huolimatta keskusmielisairaalan potilasvaihto oli kasvanut aiempiin vuosiin verrattuna. Tähän nähtiin syyksi yhä tehokkaammaksi kehittynyt lääkehoito, joka oli muuttanut mielisairaanhoidon mahdollisuuksia ja tullut tueksi avohoitoon siirryttäessä. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)

Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä ensimmäinen avohuollon huoltotoimisto aloitti toimintansa vuonna 1964. Piirin suuren asukasluvun vuoksi mielisairaslain ja –asetuksen mukaisten velvoitteiden suorittaminen ei huoltotoimistossa kuitenkaan onnistunut. Pääpaino oli sairaalasta kotiutettujen mielisairaiden avohuollossa. Yhteydenpito näihin potilaisiin pyrittiin saamaan kiinteäksi. Monien potilaiden työkyky oli säilynyt lääkityksen ja kontrollitarkastusten ansiosta. Työpaikan saanti puolestaan tuotti vaikeuksia jo huonon yhteiskunnallisen työtilanteen vuoksi. Osa potilaista taas ei kyennyt työhön vapailla markkinoilla. Mielisairaiden ja vajaamielisten kohdalla oli myös suojatyöpaikkojen tarve suuri. Pian ensimmäisen huoltotoimiston perustamisen jälkeen havaittiin, ettei työntekijöiden aika riitä kotikäynteihin ja potilaiden kontrollivälit muodostuvat liian pitkiksi. Kaupunkiväestön asiallinen ja valveutunut suhtautuminen psyykkisiin sairauksiin näkyi mielenterveystoimistossa vaatimusten nopeana

kasvuna. Toimistoon tultiin päivittäin kysymään neuvoa uusien sairaustapausten suhteen. Myös suurten teollisuuslaitosten poliklinikoilta lähetettiin potilaita sekä psykiatriseen hoitoon että työkyvyn ja eläkeasioiden selvitystä varten. Toinen avohuollon huoltotoimisto perustettiin Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiiriin vuonna 1966, kolmas vuonna 1968 ja neljäs vuonna 1969. Uusista huoltotoimistoista huolimatta jouduttiin hoito rajoittamaan vain psykoottisiin ja lääkärin läheteellä tuleviin potilaisiin. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)

#### 4.2 Mielisairaanhoidon potilaita yhteiskunnasta eristävä vaikutus

1940-luvulla potilasosastot Suomen mielisairaaloissa olivat suljettuja ja karuja, eikä niissä turvallisuussyistä ollut viihtyisyyttä lisääviä esineitä. Tällöin ajatuksena mielisairaaloiden tehtävästä oli eristää potilas terveistä ihmisistä usein pysyvästikin. Psykiatrisilla sairaaloilla oli vankiloiden kaltainen rooli yhteiskunnan suojelijana. Ennen sokkihoitojen yleistymistä oli olemassa vain jonkinlaisia rauhoittavia aineita, joiden ohella hoitoina käytettiin tuntikausien kuumia kylpyjä ja työterapiaa. Psykykkisiin sairauksiin liittyivät häpeän leima ja ennakkoluulot. (Hyvönen 2008, 104.) Psykykälääkkeiden käyttöön otto 1950-luvulla vaikutti edistävasti potilaiden hoitoon sairaaloissa ja avohoidossa. Psykoanalyysi ja muut psykoterapeuttiset suunnat saapuivat Suomeen 1950- ja 1960-luvuilla. Potilaiden hoidossa nämä yhdessä merkitsivät sitä, että moni potilas saattoi sairastaa kotonaan lääkkeiden edistessä vointia ja aloittaa mahdollisesti psykoterapian. (Achté & Kivalo 1989, 15–16.) Myös Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä kehittynyt lääkehoito oli edistänyt avohoitoon siirtymistä. Insuliinikooma- ja sähköshokkihoito olivat hoitomuotoina vähentyneet ja painoarvoa oli pyritty antamaan työ- ja askarteluhoidolle. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)

Mielisairaanhoidon vanhat käsitykset ja hoitojärjestelmät joutuivat Suomessa 1960-luvulla arvostelun kohteeksi. Erityisesti Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissa vaikuttava antipsykiatrinen ajattelu toi vahvasti esille laitoshoidon potilaita kroonistavaa ja yhteiskunnasta eristävää vaikutusta. Nähtiin, että psykiatrisessa sairastamisessa oli ymmärrettävä luonnontieteellisten tieteenkäsitysten lisäksi yksilön kokemuksellinen puoli ja yhteiskunnallisten valtarakenteiden merkitykset. Humaani, ymmärtävä ajattelu vaati paikkaansa. Myös sosiaalitieteisiin perustuva tutkimus ja ajattelutavat lisäsivät suosiotaan suomalaisessa psykiatriassa. (Hyvönen 2008, 112; Helén ym. 2011.)

Psykiatrisen sairaanhoidon kehittymisen ja avohoidon myötä entinen potilaita laitoksissa säilyttävä ilmapiiri alkoi vähitellen murentua. Mielenterveyspotilaita alettiin sairaalassa säilyttämisen sijaan kuntouttaa kohti yhteiskuntaa ja osallisuutta. 1960-luvun lopussa psykiatrinen kuntoutus jaettiin kahteen päälinjaan: lääkinnälliseen ja sosiaaliseen, joista sosiaalisen kuntoutuksen alueella todettiin olevan kuitenkin huomattavia puutteita (Elosuo 1969). Merkittävämmiksi lääkinnällisen kuntoutuksen muodoiksi luettiin psykiatrinen hoito, lääkehoito, psykoterapia, ryhmäterapia, sosioterapia, toimintaterapia, askartelutyö ja teollisuusterapia. Askeleina sosiaalisen kuntoutuksen puolelle mainittiin työkokeilun ja työhön valmennuksen yhteydessä. Tai potilaiden, joilla ei ollut työkykyä, kohdalla sosiaalinen kuntoutus näyttäytyi avun hankkimisena niin, että potilas suoriutui elämästä laitosten ulkopuolella. (Mt., 123–124, 126). Tämä puolestaan avasi sosiaalityölle toimintakenttää kohti yhteiskunnallista toimijuutta. Huoltotoimistoissa tapahtuva potilaiden jälkihoito ja myöhemmin toimenkuvan laajeneminen kuntoutukseen sekä akuuttihoitoon toivat uudenlaisia vaikutusmahdollisuuksia potilaiden arjen asioihin.

Leena Sibelius (1961) määritteli 1960-luvun alussa vuoden 1952 mielisairaslain tärkeimmiksi saavutuksiksi sen, että sairaalat olivat entistä enemmän astuneet lähemmäksi yhteiskuntaa. Kasvava hoitopaikkojen tarve ja tehostetumpien lääkeaineiden käyttöönotto psykiatriassa olivat johtaneet avohoidon kehittymiseen. Avohoito liittyi kolmantena tärkeänä osana hoidolliseen ketjuun, johon kuuluivat sen lisäksi keskusmielisairaala ja B-sairaala. Yhdeksi syyksi avohoidon merkityksen laajuuden ymmärtämiselle Sibelius nosti vallalla olevan huoltavan asenteen mielisairaita kohtaan. Pääpaino olikin ennen ollut jatkuvasti mielisairaiden huoltamisessa eikä hoitamisessa. Muihin sairauksiin verrattuna psykiatrinen sairaus oli erikoisasemassa. Kanssaihmisissä saattoi piillä epäily, että mielisairas itse yrittämällä voisi parantua sairaudestaan toisin kuin esimerkiksi syöpää sairastava. Mielisairaana potilaan sosiaalinen ja oikeudellinen asema nähtiinkin erilaisena ja myös alempana kuin esimerkiksi syöpää sairastavan. (Mt., 86.)

Avohoidon myötä alettiin puhua psykiatrisesta kuntouttamisesta ja sen yhteydessä monipuolisesta ”team workista” (Achté 1962). Kuntouttamisen yhteydessä huomattiin esiintyvän monia erityiskysymyksiä, joiden hoitamiseen lääketieteellinen asiantuntemus ei aina riitä. Tarvitaan sosiaalityöntekijöiden, työnvälitysviranomaisten, työhönottajien ja koulutuksen järjestäjien apua. (Mt., 53.) Monessa tapauksessa ei avohoittoa voitu toteuttaa asuntojen ahtauden takia esimerkiksi suurissa lapsiperheissä (Achté 1962). Suoranainen asunnon puute



saattoi olla syynä jatkuvaan sairaalahoitoon, joka tuli huomioida avohoitoa kehittäessä. Suomesta puuttuvat vielä tällöin yö- ja päiväsairaalat, joiden olemassaolo olisi voinut palvella sairaala- ja kotihoidon välisinä etappeina. (Mt., 55–56.) Niiden suunnittelua Suomessa hankaloitti harva asutus (Sibelius 1961, 87).

#### 4.3 Sosiaalihoitajakoulutuksen sairaanhoidollinen painotus

Ensimmäiset sosiaalihoitajan virat Suomessa perustettiin 1920-luvulla sairaaloihin ja psykiatriseen työhön. Tuolloin useimmat sosiaalihoitajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia lukuun ottamatta muutamia ulkomailla sosiaalityön koulutuksen saaneita. 1930-luvulta lähtien alettiin sosiaalihoitajilta vaatia terveyssisärikoulutus. (Vuorikoski 1999, 96.) Sairaanhoitajakoulutuksen pohja nähtiin edellytyksenä sille, että sosiaalihoitaja pystyi ymmärtämään potilaita myös taudin ehkäisyn ja hoidon kannalta. Hoidollisen koulutuspuhjan nähtiin parantavan yhteistyövalmiuksia eri ammattikuntien välillä. (Lehtinen 1986, 84.)

Jo 1897 perustettu Sielunterveysseura totesi sielullisesti sairaan joutuvan voittamattomien taloudellisten vaikeuksien eteen, koska sosiaalihuollon tarjoamaa apua ei ollut saatavissa (Hakola 1965, 104). Yhteiskunta kiinnitti huomiota tuolloin sairaan ihmisen vaikeuksiin vain köyhäinhoidollisessa mielessä (Aukee 1960, 78). Lääkinnällis-sosiaalinen ja psykiatris-sosiaalinen työ saikin alkunsa Suomessa yksityisten järjestöjen ja yksityisten henkilöiden, lääkäreiden ja sairaanhoitajien, aloitteesta (Hakola 1965). Lääkäreistä psykiatrit olivat aikanaan aktiivisia kehittämään kuraattoritoimintaa ja huoltotoimistoja. Vuonna 1927 psykiatri Einar Anttinen aloitti Helsingin huoltotoimistossa kuraattorina toimivan sairaanhoitajan kanssa avohuollossa olevien potilaiden auttamisen. Anttinen toimi psykiatrina myös Mannerheim-liiton vuonna 1925 aloittamassa yhteiskunnallis-psykiatrisessa työssä lastenpsykiatrian alueella. Työtä oli aloittamassa Suomen ensimmäinen koulutettu psykiatrian sosiaalihoitaja Helvi Boothe. Kellokosken sairaalassa sosiaalityö alkoi vuonna 1935. Sosiaalihoitaja auttoi potilaita sijoittumaan sairaalasta takaisin yhteiskuntaan ja piti heihin jatkuvasti yhteyttä. Vuonna 1939 perustettiin Malmille terveydenhuoltotoimistoon kasvatusneuvola psykiatrisen sosiaalityön kehittämiseksi. Tämä oli ensimmäinen kasvatusneuvola, jossa eri ammattien edustajat psykiatri, psykologi ja huoltohoitaja toimivat yhdessä. Roolijako ei ammattien kesken vielä ollut tällöin selvä. Auroran sairaalassa sosiaalityö alkoi vuonna 1940 ylilääkäri Viljo Rantasalon toimesta. Hän näki sairauksien sosiaaliset yhteydet ja oli kiinnostunut sosiaalityön kehittämisestä.

Ohjesääntöjen avulla pyrittiin määrittelemään sosiaalihoitajan asema sairaalassa sekä työn laatua ja tavoitteita. (Mt., 105–107.)

Varsinainen sosiaalihoitajakoulutus kunnalliseen huoltotyöhön alkoi Suomessa vuonna 1942. Huoltotyön koulutuksen opetuksessa painottuivat huoltolainsäädäntö ja sen mukaisten huoltokäytäntöjen opettaminen. Siitä puuttuivat kokonaan lääkinnällis-sosiaalisen ja psykiatrian oppisisällöt. (Satka 1994, 307.) Terveystieteiden opiston johtokunta ei yrityksistään huolimatta löytänyt yhteistoimintaa huoltotyönkouluttajien kanssa, minkä seurauksena erillinen terveydenhuollon sosiaalihoitajien koulutus aloitettiin vuonna 1945 Valtion terveydenhoito-opistossa. Sosiaalityön koulutuksen hajanaista alkua kuvaa myös kolmannen koulutuslinjan avaaminen. Ruotsinkielinen koulutustyön linja alkoi vuonna 1943 rakenteeltaan pääasiallisesti samanlaisena kuin sosiaalihoitajakoulutus (Satka 1995, 135). Koulutuksen tehtäväksi tuli aikaansaada koulutus jo olemassa olevaan tehtävään ja auttaa uutta ammattia syntymään (Eskola 1981, 36; Satka 1995). Lähtökohtana koulutuksen aloittamiseen ei ollut tieto vaan toiminta (Lehtinen 1986, 86).

Sosiaalihoitajakoulutuksen opetussuunnitelma poikkesi huoltotyön koulutuksesta radikaalisti siinä, että sen esikuvaksi tuli yhdysvaltalainen sosiaalityön opetus. Yhdysvalloista olivat hankkineet pätevyytensä myös sosiaalihoitajatutkinnon opettajat. Opetussuunnitelma sisälsi case work menetelmäopetusta, teorian ja käytännön rinnakkaisopetusta, runsaasti lääkinnällis-sosiaalista työtä, psykologiaa ja psykiatria. (Satka 1994, 307; 1995, 159.) Menetelmäopetuksen runsaudesta ja koulutusajan lyhyydestä johtuen yhteiskuntatieteellinen opetus jäi kuitenkin melko puutteelliseksi. Opiskelijoiden katsottiin saaneen alan tietämystä siltä osin jo tarpeeksi terveydenhuollon peruskoulutusvaiheessa. (Lehtinen 1986, 85.) Huoltotyön opetussuunnitelmaa puolestaan varjeltiin amerikkalaisen sosiaalityön vaikutteilta. Huoltotyön ja amerikkalaisen sosiaalityön välille syntyikin oppikiista, joka henkilöityi sosiaalihoitaja- ja sosiaalihoitajatutkinnon opettajiin sekä kulminoitui casework -menetelmän käyttöön opetuksessa ja työnkuvassa. Kaikkiaan näkyvä oppikiista ajoittui 1950- ja 1960-luvuille, mutta kiistan juuret lähtivät sosiaalihoitajakoulutuksen perustamisesta ja kiista jatkui edelleen 1970-luvun alkupuolelle asti. (Satka 1994, 318–319.)

1950-luvulta alkaen oli toistuvasti esillä ajatus sosiaalihoitajakoulutuksen siirtämisestä Yhteiskunnalliseen Korkeakouluun osaksi sosiaalihoitajakoulutusta, koska jo tuolloin alettiin oivaltaa sosiaalityön muodostavan terveydenhuollossa oman sairaanhoidosta poikkeavan

erityisalueensa (Lehtinen 1986, 85). Kaivattiin koulutusta, joka keskittyisi sosiaalityön ammattiin ja jolla olisi riittävän korkea taso erilaisten tehtävien hallitsemiseksi. Esitettiin koulutuksen tason nostamista korkeakoulutasolle. Myöskään kahden peräkkäisen ammatin, sairaanhoitajan ja sosiaalihoitajan, hankkimista ei nähty enää mielekkääksi. Sosiaalihoitajan koulutusta antoivat 1960-luvun lopulla Helsingin sairaanhoitajaopisto, Tampereen yliopisto, Helsingin yliopisto, Suomen kirkon seurakuntaopisto ja Svenska social- och kommunalhögskolan. Kukin antoi opetusta oman opetussuunnitelmansa mukaan vaikka opiskelijat valmistuttuaan toimivat saman sosiaaliturvajärjestelmän toteuttajina. (Linden 1999, 52.)

Sosiaalihoitajakoulutuksen aloitettua alkoi vähittäinen irrottautuminen sairaanhoidollisesta taustasta kohti sosiaalityötä. Vuonna 1951 määriteltiin koulutuksen tavoitteeksi ”valmistaa sosiaalityöntekijöitä lääketieteelliseen ja psykiatriseen huoltotyöhön” (Ahla 1965). Vaikka jotkut ihmettelivät, onko lääkinnällis-sosiaalinen työ lainkaan sosiaalihoitoa ja ovatko sosiaalihoitajat sosiaalityöntekijöitä, ei kouluttajilla ollut asiasta epävarmuutta. Samaistuminen sosiaalihoillon kanssa jatkui yhä tulevana vuosina. Opetuksessa pyrittiin antamaan kokonaisnäkemys sosiaalihoillosta ja perehtymään erityisesti sosiaalihoillon soveltamiseen terveydenhuollon eri aloilla. Sosiaalihoitajakoulutuksen alkuaikojen 1960-luvulle tultaessa opetussuunnitelmaan kuului psykiatrian ja lääkinnällissosiaalisen työn opetusta lääkärin sekä sosiaalihoitajan opettamana. (Mt., 109–113.) Ottaen huomioon, että kaikilla opiskelijoilla oli tuolloin takanaan jo sairaanhoitaja- ja terveyssisärikoulutus oli lääketieteellinen painotus koulutuksessa melko suuri, kuten liitteessä 3 olevista aikakauden opetussuunnitelmista näkyy. Ainakin, jos verrataan nykyiseen sosiaalityön koulutusohjelmaan, jossa opinnot terveydenhuollon piiristä tapahtuvat pääsääntöisesti opiskelijan vapaavalintaisten opintojen kautta.

Vuonna 1965 määriteltiin sosiaalihoitajan olevan henkilö, joka on saanut sairaanhoitaja- tai sosiaalihoitajakoulutuksen lisäksi erityiskoulutuksen lääkinnällis-sosiaaliseen ja psykiatris-sosiaaliseen työhön (Hakola 1965, 104). Psykiatriassa tehtävä sosiaalityö nähtiin tuolloin omana erillisenä työalueena terveydenhuollossa jopa sosiaalityön koulutuksen tasolla. Tämä noudatti aikakauden rakenteellista jakoa psykiatriaan ja muihin terveydenhuollon osa-alueisiin. Sosiaalihoitajan työ määriteltiin kuitenkin jo tuolloin sosiaalityöksi, joka tuo sosiaalihoillon palvelut terveydenhuollon käyttöön potilaan kokonaishoidon tukemiseksi (Hakola 1965). Työ

muodosti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteisen raja-alueen, jossa sosiaalihoitaja toimi sosiaalityön asiantuntijana (mt., 104).

Yhdysvalloissa sosiaalityöntekijät olivat vakiintunut ammattikunta, joka lisäsi sosiaalihoitajien luottamusta asiantuntemukseensa myös Suomessa. Ammatillista itsetuntoa pidettiin yllä myös runsaiden kansainvälisten kontaktien avulla. Yhdysvalloissa opitulla sosiaalityöllä oli rajattu ammatillistieteellinen tietoperusta ja omat työmenetelmät. Case work -menetelmästä hyötyivät eniten yksilöityvien ja kaupungistuvien suomalaisten ongelmien kanssa painivat työntekijät. (Satka 1994, 317–318.) Sen hyödyt huoltotyöhön verrattuna olivat nähtävillä psykososiaalisten ongelmien lievittämisessä (Satka 1995, 161). Myös ryhmä- ja yhdyskuntatyön menetelmistä oltiin tietoisia (Satka 1994, 318). Ryhmätyö koettiin eri ammattialojen työntekijöitä yhdistäväksi menetelmäksi, joten sen kehittäminen työmenetelmänä ei tapahtunut ainoastaan sosiaalityön piirissä. Psykiatrisessa hoidossa alettiin kehittää ryhmäterapijaa erityisesti psykiatrisen sairaanhoidon alueella. (Eskola 1981, 34.)

Sosiaalityöntekijöiden kansallisen yhdistyksen (NASW) lääkinnällissosiaalisen työn jaoston käytännön komitea päättyikin 1960-luvulla siihen, että sosiaalityöstä terveydenhuollon kentällä olisi saatava kokonaiskuva (Bartlett 1962a, 40). Selvitystyötä tuolloin tehnyt Harriett M. Bartlett nosti esiin sosiaalityölle nousseet uudet haasteet. Aiemmin henkilökohtainen huolto oli sairaalan sosiaalityön keskeinen tehtävä, sitten työ laajeni sairaalan ulkopuolelle ja sairaala ulottui ulos yhteiskuntaan. Ennaltaehkäisy ja kuntouttaminen muuttivat lääketieteellisen hoidon luonnetta. Tästä johtuen sosiaalihoitajien tuli nähdä yksilöt suhteessa ryhmiin ja nämä molemmat suhteessa koko yhteiskuntaan. (Mt., 43.) Sosiaalihoitajien työn kehitys vaikutti myös koulutuskysymykseen. Työntekijöiden koulutuspohjan erilaisuus vaikeutti työn yhtenäistämistä. Sosiaalihoitajat tunsivatkin voimakasta tarvetta saada laajempaa sosiaalihuollon pohjakoulutusta. (Aukee 1960, 80.) Lääketieteen hoitomuotojen kehittyminen ja lähentyminen kohti yhteiskuntaa haastoikin sosiaalihoitajat sekä niiden koulutuksen uudennaisille alueille. Vaatimus yhteiskunnalliseen näkemykseen 1960-luvulla alkoi tulla oman ammattiryhmän lisäksi myös lääketieteen ja yhteiskunnan taholta.

Eräänä kehittämiskohteena ammatillisen pätevyyden saavuttamiseksi Bartlett (1962b) nosti tietopohjan tärkeyden. Ennen sosiaalityöntekijät valikoivat tietoaan tieteen eri aloilta ja opettivat menetelmiä sekä työtaitoa omista kokemuksistaan käsin. Nyt oli kuitenkin kasvamassa ymmärrys siitä, että sosiaalityöllä oli olemassa omaa sosiaalityön tietoa, joka oli

tiedostamattomana ammatillisessa toiminnassa. Tämän Bartlett näki erityisen tärkeäksi lääkinnällissosiaalisen työn kannalta, koska sen toimintaan vaikutti myös lääketieteellinen viitekehys. Jotta lääkinnällissosiaalista työtä voitaisiin menestyksekkäästi suorittaa, tarvittaisiin tietoa molemmista viitekehyksistä käsin. Terveystieteiden toimivan sosiaalityön erityistietona on tarkastella ihmisen elämäntilanteiden suhdetta terveyteen ja sairauteen, psykososiaalisten käsitteiden suhdetta biologisiin käsitteisiin. Perustana lääkinnällis-sosiaalista tietoutta tavoitellessa on näkemys sosiaalityön kokonaisuudesta. Toimiakseen työssään tehokkaammin tulisi sosiaalihoitajien miettiä sitä, miten heidän ymmärryksensä eroaa sisällöltään yleislääkäriin, psykiatriin ja terveydenhuollon kentän muiden ammattiryhmien tiedosta. Oman tietopohjan löytämisen ja selventymisen seurauksena Bartlett näki sosiaalityön tehtävien laajenemisen terveydenhuollossa sekä sosiaalihoitajien aseman ja yhteistyön paranevan muiden ammattiryhmien kanssa. Omasta tietopohjasta selvillä oleminen vaikutti Bartlettin mukaan myös sosiaalityöntekijöiden ammatilliseen varmuuteen osana työryhmää. Sitä kautta olisi myös sosiaalityöntekijöiden helpompi auttaa lääkäreitä ymmärtämään ja hyväksymään psykososiaalisten tekijöiden osuutta hoidossa, kuntouttamisessa ja ehkäisevässä toiminnassa. (Mt., 131–134.) Tämä johti sosiaalityön ammatin uudelleen määrittelyyn suhteessa muihin ammattikuntiin, joilla oli pidempi ja selvempi tietoperusta sekä tämän kautta myös ammatillinen valta-asema. Sosiaalityö alkoi siten etsiä omaa teoriapohjaansa ja loitota sairaanhoidollisesta painotuksestaan.

#### 4.3 Sairaalan sekatyöläisestä kohti lääkinnällis-sosiaalista asiantuntijuutta

Sosiaalihoitajien ammattikunnan syntyhistoria Suomessa on ollut erilainen kuin muissa maissa (Aukee 1960). Sairaala valitsi ensimmäiset työntekijänsä omasta keskuudestaan. Aluksi ne olivat sairaanhoitajia, myöhemmin terveyssisaria. Sairaaloiden johdolla ei tässä vaiheessa ollut selvää käsitystä tai suunnitelmaa uuden työntekijän toiminnasta. Sosiaalihoitajat olivatkin korostetusti sairaalan sisäisiä työntekijöitä aina 1950-luvun alkuun asti. Sairaaloiden johto määritteli sosiaalihoitajien työnkuvan omien intressien mukaan. Toisissa sairaaloissa sosiaalihoitaja hoiti potilaan taloudellisia asioita ja sairaalan sisäiseen toimintaan liittyviä tehtäviä kuten jonotuslistoja ja potilaskortistoja. Toisissa sairaaloissa taas sosiaalihoitajat pitivät yhteyttä terveyssisariin kotihoidon turvaamiseksi ja potilasvaihdon nopeuttamiseksi. Jo tällöin sosiaalihoitaja määriteltiin sairaalan ja kodin yhdyssiteeksi. Käytännössä hän oli kuitenkin eräänlainen sairaalan sekatyöläinen ja työskentelymahdollisuudet potilaan ja perheen hyväksi olivat rajoitetut. (Mt., 78.)

1950-luvulla sairaalatoiminta kehittyi ja lääketiede alkoi ottaa huomioon sosiaalisten tekijöiden merkitystä sairaudessa ja sen hoidossa (Aukee 1960). Myös yhteiskunta muuttui ja kiinnitettiin enemmän huomiota sairaan ihmisen sosiaaliturvaan. Sosiaalihoitajan työnantajaksi tulikin sekä sairaala että yhteiskunta. Entinen sairaalakeskeinen toiminta muuttui yhteiskuntaan päin olevaksi toiminnaksi. Tämä johti sosiaalihoitajat kokonaan uuteen työtilanteeseen. Mirja Aukee toteaa 1960-luvun alussa, että ”jos sairaalan hoito on nykyaikaista lääketieteellistä tasoa, se hyväksyy ja vaatii avukseen sosiaalisen asiantuntemuksen: tietoa potilaan henkilökohtaisista vaikeuksista ja asennoitumisesta sairauteensa, perhe- ja työolosuhteista ja yhteiskunnan apulähteistä paranemisen edistämiseksi.” Tällaiseen potilaan kokonaishoitoon pyrittäessä lisääntyivät myös sosiaalihoitajalle annetut tehtävät vuosi vuodelta. Tämä pakotti sosiaalihoitajia kehittymään aiemmasta sekatyöläisestä lääkinnällis-sosiaalisen työn asiantuntijaksi. Tällaiseen potilaan kokonaishoitoon sosiaalihoitajat pyrkivät myös omalla sitkeällä ja jatkuvalla lääkinnällis-sosiaalisen työn tarkoituksien selvittämisellä. Erääksi tärkeäksi ammatilliseksi tehtäväksi Aukee määritteli auttaa sairaalaa näkemään potilaansa yhteiskunnan jäsenenä. Tämä oli myös yhteiskunnan odotus sairaalaa kohtaan. Oli yhteiskunnan etujen mukaista, että sairauden aiheuttamiin ongelmiin kiinnitettiin huomiota jo hoitovaiheessa. (Mt., 78–79.)

Sosiaalihoitajien ammattikunta irrottautui siten yhä enemmän sairaanhoidollisesta taustastaan kohti omaa ammattikuntaansa. Lääketieteen ja yhteiskunnan kehitys työnsivät sitä myös kohti yhteiskunnallista näkökulmaa terveydenhuollon sektorilla toimiessaan. Tämä auttoi myös sosiaalihoitajia omassa ammatillisessa eriytymisprosessissaan. Aukeen (1960) mukaan muuttunut ja kehittynyt työ on selventänyt sosiaalihoitajien ammatillista tehtävää siten, että he tuntevat kuuluvansa sosiaalityöntekijöiden ammattikuntaan. Ammattitaidon jatkuva kehittäminen ja työn yhtenäistäminen on kuitenkin erittäin tarpeellista. Työnohjauksen tarve oli ilmeinen, sillä sosiaalihoitajat joutuivat itsenäisesti vastaamaan työstään ja sen laadusta työpaikoillaan. Ilmeiseksi nähtiin myös työnjohdon tarve, sillä esimerkiksi Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa toimi 16 sosiaalihoitajaa ilman ammatillista johtoa. Aiemmin sairaanhoitajakuntaan kuuluvana sosiaalihoitaja oli ollut ylihoitajan alainen. Sosiaalihoitajien koulutuksen ja työn muutoksen myötä nähtiin, että esimiehen tulisi nykyisellään olla ylilääkäri. Ylilääkäri vastasi potilaan kokonaishoidosta, jonka onnistumista lääkinnällis-sosiaalinen työ palveli. (Mt., 79–80.)

Vaikeuksia sosiaalityön kehittymiselle psykiatriassa aiheutti yhteiskunnan nopea kehitys, jolloin sosiaalityö ei aina kyennyt suunnittelemaan ja toteuttamaan ohjelmia vastaavassa tahdissa. Maalta kaupunkiin muutto, elintason kohoaminen, perheen rakenteen ja taloudellisen vastuunkannon muutokset vaikuttivat siihen, ettei mielisairaahan huolto ollut enää niin mutkatonta kuin ennen. Mielisairaahan palaaminen kotiin kaupunkiympäristöön, jossa perheen olot eivät olleet vakiintuneet; toipilaan hoitaminen kodissa, jossa kaikki aikuiset olivat ansiotyössä; hoidon järjestäminen nykyistä elintasoa ja normistoa vastaavaksi; kiihtynyt elämäntahti ja monimutkainen yhteiskuntakoneisto olivat kysymyksiä, joissa vanhat keinot eivät auttaneet. Yrittäessään auttaa potilasta löytämään paikkansa yhteiskunnassa sosiaalityöntekijän tuli ottaa huomioon mielisairas potilas ihmisenä, kulttuurista tulevat tavat, yleinen mielipide ja naapurien sekä tuttavien suhtautuminen. Psykiatrisen sosiaalityön tarve ilmenikin erityisen selvästi juuri potilaan palatessa sairaalahoidon jälkeen takaisin omaan perhepiiriinsä ja työympäristöönsä. (Hakola 1961, 53–54.)

Alkujaan psykiatrinen sosiaalityö syntyi mielisairaalassa, jossa tunnettiin tarvetta saada tietoa potilaan sosiaalisesta ja henkilöympäristöstä. Huoli potilaan huollon jatkumisesta sai suunnittelemaan toimintamuotoa, joka toimisi yhdyssiteenä potilaan kodin ja sairaalan välillä. Eri sairaaloissa näkemys psykiatrisen sosiaalityön tehtävästä oli erilainen ja työ oli suunniteltu palvelemaan sairaalan sen hetkisiä tarpeita. Vuoden 1952 mielisairaslaki ja – asetus antoivat hallinnolliset puitteet mielisairaanhoidotyölle. Ne eivät kuitenkaan määritelleet, millä tavoin eri ammattikunnat osallistuivat psykiatriseen huoltoon ja miten heidän tulisi apunsa antaa. Tämä ratkaistiin ammattikuntien omassa piirissä. (Hakola 1961, 53, 57–58.) Huoltotoimistoissa työskenteli 1960-luvun alussa huoltohoitajina terveyssisaria, sairaanhoitajia, sosiaalihoitajia ja sosiaalihoitajia. Jokaisella ryhmällä oli kokemusta mielisairaanhoidosta, mutta oma erikoiskoulutus ja ammatillinen näkemys vaikuttivat tehtävien hoitoon. (Paavilainen 1961, 115.) Haastattelussa kaksi sosiaalihoitajaksi valmistunutta sairaanhoitajaa kuvasi 1960-luvun alussa sen ajan itsenäistä työtä seuraavasti:

”...keskussairaalaan tullessani vanhempi sosiaalihoitaja opasti alkuun, mutta kukaan ei tarkasti sanonut, mitä työhön kuului. Uran aikana on ollut hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa palavereja sosiaalityön sisällöstä, mutta yksinäisiä ja itsenäisiä terveydenhuollon sosiaalityöntekijät aina ovat olleet.”

”Erikoistumiseni aikana sairaalaan saatiin ensimmäinen sosiaalihoitajan virka. ... Sain vapaat kädet tehdä työtä.” (Saarinen 1995, 28–29.)

Suuntaviivat psykiatristen huoltotoimistojen työskentelylle antoi vuoden 1952 mielisairaslaki jakaen työn kahteen osaan: polikliinisten vastaanottojen pitämiseen ja mielisairauksien vastustamistyön tekemiseen. Molemmilla alueilla sosiaalihoitajan tehtävät olivat muodostuneet jokaisessa huoltotoimistossa vallitsevan käytännön mukaisiksi. Mielisairauksien vastustamistyö informaation ja valistuksen keinoin kohdistui usein vain niihin kunnallisiin viranomaisiin, jotka joutuivat työssään tekemisiin psykiatristen potilaiden kanssa. Pienen avohoidon kannalta tärkeän ryhmän muodostivat suuret työnantajat. (Paavilainen 1961, 112, 114–115.) Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin huoltotoimiston toiminta-alueet jaoteltiin vuonna 1961 seuraavasti: mielisairaiden ja vajaamielisten rekisteröiminen, huoltotoimiston vastaanotot, huoltotoimiston vastaanotto-osasto, sosiaalihoitajan toiminta, kunnalliskotien mielisairasosastojen tarkastustilaisuudet sekä opetus- ja valistustoiminta eri alojen ammattiryhmille. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)

Polikliinisilla vastaanotoilla sosiaalihoitaja vastasi yleensä ajantilausjärjestelmästä. Hän huolehtii ajan varaamisesta sairaalasta pois lähtevälle potilaalle ja keskusteli samassa yhteydessä osastonlääkärin tai hoitajan kanssa potilaan kotihoidon järjestelyistä. Myös potilaan ja omaisten henkilökohtainen tapaaminen nähtiin tärkeänä. Kotiuttamisvaiheessa sosiaalihoitajat olivat kosketuksissa potilaan omaisiin, ympäristöön ja työpaikkaan. (Paavilainen 1961, 112.) Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin huoltotoimistossa sairaalasta kotiutettujen potilaiden ohjaus ja neuvonta lisääntyivät entisestään 1960-luvun puolivälissä. Samoin lisääntyi omaisten kanssa tehtävä yhteistyö, jota pidettiin yllä myös kirjeitse. Sosiaalihoitaja oli yhteydessä työnantajiin ja työnantajajärjestöihin yrittäen hankkia työpaikkoja niitä tarvitseville. Puhtaasti taloudellisten asioiden järjestely ja neuvonta (mm. palkkaus-, huoltoapu-, invalidi-, perhelisä- ja kansaneläkevakuutus-, holhous- ja tapaturma-asiat) olivat suuressa roolissa sosiaalihoitajan työssä. Vuonna 1966 lisääntyivät Pitkänien sairaalan huoltotoimistossa toimivan sosiaalihoitajan työssä ammatilliseen kuntoutukseen tähtäävät tehtävät muun sosiaalisen kuntoutuksen ohessa. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)



Huoltotoimiston sosiaalihoitaja otti vastaan myös kunnallisten viranomaisten (kunnanlääkärit, sosiaaliviranomaiset, terveyssisarit) tekemiä ajanvarauksia. Kunnalliset viranomaiset lähettivät huoltotoimistoon henkilöitä, jotka eivät koskaan olleet sairaalassa tai joiden hoidosta oli kulunut aikaa. Tilanne oli uusi. Sosiaalihoitaja keskusteli potilaan kanssa siitä, miksi potilas hakeutui vastaanotolle ja selvitti potilaan sosiaalisia olosuhteita. Sosiaalihoitajat antoivat myös päivittäin esimerkiksi kunnan viranomaisille tietoja vastaanotolla käyvistä potilaista, neuvottelivat lausunnoista ja todistuksista. Alkoi näyttää siltä, että yhä useammat henkilöt hakeutuivat oma-aloitteisesti huoltotoimiston hoitoon. Heidän määränsä oli jatkuvasti kasvussa. Samalla osa potilaista jäi kroonikoiksi. (Paavilainen 1961, 112–113.)

Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin huoltotoimiston sosiaalihoitajan työ keskittyi vuodesta 1967 alkaen kasvaneen potilasmäärän vuoksi yhä enemmän yhteydenpitoon terveyssisariin ja sosiaaliviranomaisiin. Koska sosiaalihoitajalla ei ollut aikaa kotikäynteihin, hoiti terveyssisar niitä kiireellisessä tapauksessa tarvittaessa. Vaikea työttömyysaika aiheutti yhä enemmän sairausvakuutus-, eläke-, työ-, asunto- ym. sosiaalisten ongelmien selvittelyä. Sosiaalihoitaja haastatteli uudet potilaat, mutta joutui karsimaan osan potilaista pois ja ohjaamaan muualle hoitoon. Vanhat potilaat pitivät yhteyttä lääkekontrolliensa väliaikoina etenkin silloin, kun jotain vaikeutta oli sattunut. Vuonna 1968 avohoidon huoltotoimistossa siirrettiin rutiininomainen ajananto toimistoapulaisen tehtäväksi, mikä helpotti suuresti sosiaalihoitajan työtä. Avohoidon huoltotoimistoon saatiin myös kaksi uutta sosiaalihoitajan virkaa vuonna 1969, minkä johdosta työmuotoja voitiin laajentaa enemmän toimistosta ulospäin suuntautuviksi. Sosiaalihoitajat tekivät kotikäyntejä, suunnittelivat psykiatristen potilaiden talouskurssin ja pitivät tiheästi yhteyttä erääseen monia psykiatrisia potilaita työllistävään suojatyöpaikkaan. Yksi sosiaalihoitaja oli siellä yhtenä aamupäivänä viikossa neuvottelemassa työntekijöiden ja toiminnanjohtajan kanssa. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)

Avohuollon huoltotoimistoissa kehittyi 1960-luvulla samanlainen työryhmä (team work), mitä laitoksissa ja toimistoissa oli jo pidempään kehitetty. Mielisairaanhuolto nähtiin jo tällöin joukkuetyönä, jossa jokainen ammattikunnan jäsen (lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä) toi oman asiantuntemuksensa potilaan kokonaishoitoa palvelemaan. (Hakola 1961, 58–59.) Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä tällaisia ”avohuoltomeetingejä”, joihin osallistuivat sairaalan ylilääkäri, apulaisylilääkäri, huoltolääkärit ja sosiaalihoitajat, järjestettiin 1960-luvulta asti. Yhteistyö alueen huoltotoimistoiden ja Pitkänien sairaalan sekä

sairaalan huoltotoimiston välillä kuvattiin hyväksi. Tietojen välitys oli nopeaa ja hoitopaikat sairaalasta järjestyivät viivytyksettä. Huoltolääkäri osallistui säännöllisesti sairaalan lääkärinkokouksiin ja sosiaalihoitaja puolestaan sairaalan sosiaalihoitajien yhteisiin neuvottelutilaisuuksiin. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969.)

Sosiaalihoitaja toi ammattien väliseen yhteistyöhön mukaan sosiaalihuollon asiantuntemuksensa. Sairaalassa sosiaalihoitaja teki työtä potilaan kanssa, jonka lääkäri oli hänen huoltoonsa osoittanut. Sosiaalihoitaja kiinnitti huomiota myös potilaan omaisiin, joita hän tapasi samalla kun lääkäri tapaa potilasta. Työssään sosiaalihoitaja käytti sosiaalisen huollon menetelmää. Sikäli kun sosiaalihoitajan työ oli laadultaan terapeutista, hän teki sitä sosiaalityön puitteissa koulutuksen antamien suuntaviivojen mukaisesti. Sosiaalihoitaja ei pyrkinyt työssään syvällisiin persoonallisuuden muutoksiin eikä käsitellyt syvempiä sairauteen liittyviä ongelmia. Sosiaalihoitajan tehtävänä oli ymmärtää ihmissuhteiden vuorovaikutuksen merkitys ja tukea potilaan persoonallisuuden tervettä osaa auttamalla potilasta sopeutumaan ongelmatilanteisiin. (Hakola 1961, 58–59.)

#### 4.3 YHTEENVETO: Sosiaalityön selkiytymätön ammatillinen rooli

Marjo Vuorikoski (1999) kuvailee sosiaalityön professionalistumisprosessia ja määrittelee sosiaalityön kehittymistä ammatiksi. Alkuvaiheessa on kyse ammatillistumisesta, johon liittyy työtehtävien eriytyminen, ammattitaitovaatimusten lisääntyminen ja ammatillisen koulutuksen käynnistäminen. (Mt., 37.) Marjaana Lehtinen (1986) puolestaan määrittelee yhdeksi ammatin autonomisuuden tunnusmerkiksi ammatin hallussa olevan tehtävämonopolin. Tämä tarkoittaa sellaisten erityisten tehtävien osoittamista, joita kukaan muu terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva ei tee eikä kykene tekemään. (Mt., 87.) Ensimmäisiä sosiaalityön virkoja Suomen terveydenhuoltoon perustettaessa ei ollut olemassa toimenkuvia. Sosiaalityöntekijän työnkuvan määritteli kunkin sairaalan johto omien intressiensä mukaan (Aukee 1960). Kokonaisnäkemys sosiaalityöstä puuttui. Usein sosiaalihoitaja joutui käyttämään runsaasti aikaa toimiin, joita ei voida pitää erityisesti sosiaalityön piiriin kuuluvina. Sosiaalihoitajan työtehtävien eriytyminen 1950- ja 1960-luvuilla omaksi erityisasiantuntijuutta vaativaksi tehtäväalueekseen osana moniammatillista toimintaympäristöä oli vielä alkutekijöissään. Raja terveyden- ja sairaudenhoidon sekä sosiaalityön välillä oli epäselvä.

1950- ja 1960-luvulla sosiaalihoitajakoulutuksen tietopohja rakentui yksilökohtaisen sosiaalityön menetelmille sekä sairaanhoidolliseen tietoainekseen. Tämä muodosti hyvin kapean pohjan sosiaalityön asiantuntemusalueelle. Yhteiskuntatieteellisen opetuksen puutteellisuus koulutuksessa edisti myös enemmän alan sairaanhoidollista suuntautuneisuutta kuin vahvisti käsitystä sosiaalityöstä itsenäisenä ammattina terveydenhuollossa. Koulutuksen isäntäympäristö vaikeutti opiskelijoiden samaistumista sosiaalityön ammattiin. Sairaanhoidollinen leima vaikeutti erityisesti niiden työntekijöiden työskentelyä, jotka hakeutuivat alalle ilman sairaanhoidollista pohjakoulutusta. Kyseisinä vuosikymmeninä sosiaalihoitajakoulutuksessa puolestaan painotettiin lainsäädännön tuntemusta ja yhteiskunnan palvelujärjestelmiä koskevaa varsin erilaista tietoa. Kuitenkin terveydenhuollon kentällä saattoi samoissa tehtävissä toimia molemmista koulutuslinjoista valmistuneita työntekijöitä. Joskus jopa luultiin, että kyseessä oli kaksi eri tehtävää tai ammattia. Näin epäyhtenäiselle koulutukselle olikin vaikea rakentaa yhtenäisiä ammattikäytäntöjä. (Lehtinen 1986, 85–86.)

Suomessa sosiaalityön paikkaan psykiatrian toimintaympäristössä 1950- ja 1960-luvuilla vaikuttivat oleellisesti koulutuslinjojen hajanaisuus ja sairaanhoidollisen painotuksen vaikutus. Tutkimusaineistoni perusteella sosiaalityö joutuikin etsimään paikkaansa kahdella eri sektorilla, omassa ammattikunnassaan sekä toimintaympäristössään sairaalassa. Kummassakaan sen asema ei ollut itsestään selvä vaan alisteinen tai erillinen. Oman ammattikuntansa sisällä sen vahvuutena oli Yhdysvalloista ammennettu ammatillinen tietoperusta ja sen myötä vahva ammatillinen identiteetti (Satka 1994). Myös runsaat kansainväliset kontaktit vahvistivat ammatti-identiteettiä kotimaisesta oppiriidasta huolimatta (mt.). Oppiriita huoltotyön ja sosiaalihoitajien koulutuksen välillä ei kuitenkaan edesauttanut yhtenäisen suomalaisen sosiaalityön ammatillisen identiteetin kehittymistä. Vaikutuksensa tällä oli uskoakseni myös sosiaalihoitajien koulutuksen sisältöön, jonka painotus oli sairaanhoidollisessa tiedossa yhteiskuntatieteelliseen näkemyksen sijaan.

Erottumista oman ammatillisen asiantuntijuuden kautta muista terveydenhuollon ammattiryhmistä hankaloitti pitkään selkiytymätön ammatillinen rooli, johon vaikutti merkittävästi ammatillisen tietoperustan puuttuminen. Sairaanhoidollisen painotuksen vaikutuksesta sosiaalityön yhteiskunta-rakenteellinen ulottuvuus oli vielä alkutekijöissään vaikkakin yhteiskuntatieteellinen näkemys muun muassa koulutuksen kehittymisen kautta vahvistui koko ajan. Tarve laajempaa yhteiskunnalliseen tietämiseen ja osaamiseen nousi myös terveydenhuollossa työskentelevien sosiaalihoitajien taholta. Yhteiskunnallinen näkökulma

sosiaalihoitajien työssä oli ollut ainakin jollain tasolla olemassa jo ammatin alkuajoista lähtien, sillä sosiaalihoitajat olivat toimineet alusta pitäen sairaalan, potilaan ja kodin yhdyssiteenä. Psykiatrisen avohoidon kehittyminen, asenteelliset muutokset yhteiskunnassa mielisairaita kohtaan ja yhteiskunnan uudet odotukset sosiaalityötä kohtaan työnsivät kaikki yhdessä sosiaalityötä kohti yhteiskunnallista toimijuutta. Sairaalan lisäksi sosiaalihoitajien työnantajaksi ymmärrettiin 1960-luvulla myös yhteiskunta (Sibeli 1961), mikä osaltaan kuvaa sosiaalihoitajien eriytymisprosessia sairaanhoidollisesta taustastaan kohti yhteiskunnallista näkökulmaa. Siitä huolimatta 1940–1960-lukujen aikakautta värittää vahvasti lääketieteellisen näkökulman vaikutus sosiaalihoitajien työhön. Lääketieteellisen näkökulman painoarvo koulutuksen ja käytännön työn tasolla tulee ilmi myös aikakauden sosiaalityöntekijöiden nimityksestä sosiaalihoitaja terveydenhuollon ammattiryhmien nimikkeistöä mukaillen.

Lääketieteellisen näkökulman vaikutus ja valta näkyi selvästi tarkasteltaessa psykiatriassa tehtävän sosiaalityön sisällön kehittymistä. Sosiaalihoitajien tehtävät saattoivat vaihdella sairaaloiden sisällä ja ne määräytyivät kulloisenkin sairaalan johtajan mukaan (Aukee 1960). Sosiaalihoitajien työnkuva ei ollut vielä muotoutunut selväksi sille itselleen tai muille ammattiryhmille. Saattoi olla, että sosiaalihoitaja teki muiden tahojen sille määrittämiä tehtäviä esimerkiksi rutiininomaisia aikavarauksia potilaille (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoidopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969) tai sitten sai vapaat kädet työnsä toteuttamiseen (Saarinen 1995). Ottaen huomioon tuon ajan epäyhtenäisen koulutustaustan voi sen pohjalta muotoutuvien työnkuvien kirjon määrää vain arvailla. Terveydenhuollon ammatillinen tietämys näyttäytyi vahvana sosiaalihoitajien koulutustaustassa. Toisaalta nykytilanteeseen verrattuna saattoi sosiaalihoitajien aiemmasta terveydenhuollollisesta taustasta olla hyötyäkin terveydenhuollon toimintaympäristöön ja moniammatilliseen työotteeseen sopeutumisessa. Terveydenhuollossa käytetty ammatillinen sanasto, toimintatavat ja ymmärrys erilaisten sairauksien potilaalle aiheuttamista ongelmista olivat tuttuja jo aiemmasta koulutuksesta lähtien. Sosiaalihoitajien työ psykiatrisessa sairaalassa oli aiemminkin perustunut yhteistyöhön eri ammattien kanssa, mutta erityisiä mainintoja moniammatillisista ”avohuoltomeetingeistä” alkoi näkyä aineistossani huoltotoimistojen aloitettua toimintansa 1960-luvun loppupuolella.

Huoltotoimistojen toiminnan aloittamisen myötä 1960-luvun lopulla alkoi myös sosiaalihoitajien työnkuvaan tulla uudenlaisia haasteita. Aiemmin sosiaalihoitajat olivat kohdanneet vain sairaalassa olleita potilaita, kun taas nyt huoltotoimistoihin saattoi tulla henkilöitä, jotka eivät olleet koskaan ennen sairaalahoidossa (Paavilainen 1961). Myös

maininnat 1960-luvun lopulla sairaalan huoltotoimistossa toimivan sosiaalihoitajan lisääntyvistä ammatilliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen tähtäävistä tehtävistä antoivat viitteitä siitä (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969), millaisia uusia alueita sosiaalihoitajien työnkuvaan tulisi kuulumaan tulevina vuosikymmeninä. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö kulki tuolloin vielä valistustyön nimellä käsittäen kunnalliset viranomaiset ja suuret työnantajat. Aineistoni mukaan se käytännössä näyttäytyi kuitenkin pienimuotoisena. Sosiaalihoitajien yhteiskunnallis-rakenteellinen vaikuttavuus näyttäytyi tuolloin välillisesti yleisen yhteiskunnallisen asennemuokkauksen ja tietoisuuden lisäämisen tasolla mielenterveysongelmaisia kohtaan.

## 5 SOSIAALIPSYKIATRIAN AIKAKAUSI 1970- JA 1980-LUVUILLA – AVOHOITOA JA SOSIAALITYÖN TERAPIAPAINOTTEISUUTTA

1960-luvulla alkanut teollistumis- ja kaupungistumiskehitys jatkui Suomessa voimakkaana 1970-luvulla. Taloudellinen kasvu näytti hyvältä ja elettiin elintason kasvun tunnelmissa. Sosiaalivakuutus alkoi olla pohjoismaisen hyvinvointivaltion tasolla. (Vuorikoski 1999, 125.) Sosiaalityön tärkeimpänä tehtävänä korostettiin yhteiskunnallisen epäoikeudenmukaisuuden lieventämistä. Yhteiskunnan rakenteelliset tekijät alettiin nähdä sosiaalisten ongelmien syynä, mutta niistä löydettiin myös ratkaisu ongelmiin. Painopiste, ainakin periaatteellisella tasolla, siirtyi ehkäisevän toiminnan suuntaan. (Vuorikoski 1999, 128.) 1970- ja 1980-luvun vaihteen Suomessa elettiin yhteiskunnan julkisten palvelujen suhteen kasvun ja optimismin aikaa. Maamme laitosvaltaisuudesta käytiin yleistä keskustelua etenkin mielisairaan- ja vanhustenhoidon sekä lastensuojelun sektoreilla. Psykiatriassa haettiin tähän aktiivisesti muutosta. (Hyvönen 2008, 114.) Mielisairaanhoidosta alettiin puhua vähitellen mielenterveystyönä. Tämä ajattelutavan muutos edusti psykiatrian uudistumista ja edistyksellisyyttä. (Helén ym. 2011, 15.)

### 5.1 Avohoitoverkoston rakentuminen

1970-luvun alkupuolella ollut psykiatristen laitospaikkojen tiheys oli Suomessa maailman korkeimpia. 1960-luvulla alkanut avohoidon kehittyminen ja mielenterveystoimistoverkoston rakentuminen kattoi kuitenkin 1970-luvun loppupuolella jo koko maan. (Hyvönen 2008, 108.) Lääkintöhallituksen työryhmän vuonna 1977 tekemän arvion mukaan psykiatrisen avohoidon

osuus oli kuitenkin määrällisesti vielä pieni, koko henkilöstö noin 6 % ja kaikista psykiatrian kustannuksista hieman yli 5 %. Vaikka lainsäädäntö otti huomioon myös ehkäisevän työn, ei sitä kyetty juurikaan suorittamaan mielenterveystoimistoissa hoitopalveluiden suuren kysynnän vuoksi. Jokaisessa mielisairaanhuoltopiirissä oli yksi keskusmielisairaala, jonka ylilääkäri toimi koko huoltopiirin, myös avohoidon, johtavana ylilääkärinä. Sairaalat olivat suuria ja sijaitsivat usein kaukana sairaalapalveluita tarvitsevista. (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986, 9–10.) Jo vuonna 1977 julkaistussa Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnössä linjattiin tulevaisuuden tavoitteeksi psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittäminen aluepsykiatrisen mallin mukaisesti toimivaksi järjestelmäksi. Sen nähtiin olevan tärkeää, jotta palvelut voitiin tuoda lähelle avun tarvitsijoita. Sen nähtiin myös parantavan mahdollisuuksia kehittää ja parantaa psykiatrisen terveydenhuoltojärjestelmän sekä yhteiskunnan välisiä yhteyksiä. (Mt., 22–23.) Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä toimi 1970-luvun alussa yhteensä neljä mielenterveystoimistoa, yksi sairaalassa ja kolme avohoidossa (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977).

1970-luvun alussa Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä perustui vuonna 1952 annettuun mielisairaslakiin, joka oli säädetty sen aikaisten tarpeiden pohjalta. Lain muotoutumiseen vaikuttivat myös 1950-luvulla yhteiskunnassa yleisesti vallitsevat asenteet psyykkisesti sairaisiin. Lain voimaantulon jälkeen tapahtuneet muutokset psyykkisten sairauksien hoidossa, yleisissä asenteissa sekä hoidon painopisteen muuttuminen laitoshoidosta avohoitoon loivat tarpeen lainsäädännön tarkastamiseen. Tarve mielisairaslain uudistamiseen voimistui 1960-luvun puolivälistä lähtien. (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986, 18–19.) Vuonna 1978 tehdyt muutokset vuoden 1952 mielisairaslakiin vahvistivat psykiatrisen avohoidon asemaa mahdollistaen sen laajemman sekä monipuolisemman kehityksen. Psykiatriset huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi. Niiden tuli yhdessä alueensa terveystakeskusten kanssa johtaa mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä alueellaan. Mielenterveystoimistojen yhteyteen järjestettiin yö-, päivä- ja kotisairaanhoitoa, asuntolatoimintaa ja kuntoutusta. Laki paransi psykiatristen sairaalapotilaiden oikeusturvaa siten, että omasta tahdosta hoitoon tulleet rinnastettiin nyt samaan asemaan yleissairaalapotilaiden kanssa. Tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä tiukennettiin ja sosiaalihuollon osuus tuossa mielisairaanhoidon prosessissa loppui. Ero A- ja B-sairaaloiden välillä poistettiin. (Achté & Kivalo 1989, 16; Hyvönen 2008, 113.) Uudistus laajensi myös

psykiatrisen terveydenhuollon toiminta-alaa tuomalla sen piiriin mielisairauksien lisäksi muut psykykkiset häiriöt (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986, 20).

Psykiatrian hoitojärjestelmän rakennemuutos alkoi näkyä 1980-luvulla. Sillä pyrittiin sairaalapaikkojen hallittuun vähentämiseen ja avohoidon palvelujen määrälliseen sekä laadulliseen lisäämiseen. Psykiatrinen erikoissairaanhoito oli tällöin valtakunnallisten suunnitelmien painopistealueena, jolloin sille osoitettiin vuosittain 20 % erikoissairaanhoidon uusista kiintiöviroista psykiatrian alan voimavarojen jälkeenjääneisyyden korjaamiseksi. Rakennemuutos näkyi erityisesti psykiatrisilla diagnooseilla hoidossa olleiden potilaiden hoitoaikojen lyhentämisenä sekä kehitysvammaisten, yli 65-vuotiaiden ja dementiapotilaiden siirtymisenä pois psykiatrisista sairaaloista. Psykiatristen sairaansijojen määrä puolittui 1990-luvun alkuun mennessä. (Hyvönen 2008, 118–119.)

Psykiatrinen terveydenhuolto oli 1980-luvun alussa virkamäärällisesti mitattuna laajin terveydenhuollon sosiaalityön sektoreista. Sosiaalityötä psykiatrisen terveydenhuollon piirissä toteutettiin perusterveydenhuollossa, yleissairaaloissa, mielenterveystoimistoissa ja mielisairaaloissa. Suurin osa psykiatrisen terveydenhuollon sosiaalityöntekijöistä työskenteli mielisairaanhuoltopiirien palveluksessa keskusmielisairaaloissa ja mielenterveystoimistoissa. (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982, 22.)

## 5.2 Hoitotyön painotus sosiaalipsykiatria

Psykiatria jakautui toimintatapojen ja tutkimuksen suhteen kolmeen erilaiseen suuntaukseen: biologiseen, psykoterapeuttiseen ja sosiaaliseen. Sosiaalipsykiatria valtasi voimakkaasti alaa psykiatrisessa ajattelussa ja 1970-lukua onkin luonnehdittu sosiaalipsykiatrian vuosikymmeneksi. Se ammensi vaikutteita sosiologiasta sekä korosti yhteisön ja ympäristön kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitystä potilaan mielenterveyden hoidossa. Suomalaisessa psykiatriassa voimistui näkemys ihmisen kokonaisvaltaisesta tarkastelusta. Ulkomaiden esimerkin mukaisesti mielenterveyspalvelut tahdottiin tuoda lähemmäs avun tarvitsijoita ja yhteiskuntaa. 1970-luvun lopulla mielenterveyden käsite määriteltiin uudelleen pelkästään oirepuutosta laajemmaksi. Se nähtiin biologisen, psykologisen ja sosiaalisen ulottuvuuden omaavana sekä niiden vuorovaikutuksessa kehittyvänä resurssina. Mielenterveys nähtiin läpi elämän jatkuvana prosessina, jota tuli lähestyä kokonaisvaltaisesti ja monitieteellisesti. (Hyvönen 2008, 112–113.)

Psykiatrian kokonaisvaltainen näkemys ihmisestä näkyi 1970- ja 1980-luvuilla selvästi aineistossani. Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnöstä vuonna 1977 käy ilmi psyykkisten sairauksien lääketieteellinen, psykologinen ja sosiaalinen näkökulma arvioitaessa väestön psyykkistä terveydentilaa (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977). Työryhmä oli kartoittanut myös tietoja eräistä sosiaalisista ongelmaryhmistä, koska näki sosiaalisilla ongelmilla olevan yhteyttä psyykkiseen sairastavuuteen. Se näki sosiaalisten ongelmien heijastavan yhteiskunnan häiriötoimintoja, jotka myös vaikuttivat psykiatrinen palveluiden kysyntään. Keskeisinä esimerkkeinä näistä sosiaalisista häiriöistä työryhmä linjasi olevan muun muassa ihmissuhdehäiriöt perheessä, asuinympäristössä tai työssä, taloudelliset vaikeudet, asuntovaikeudet, työttömyys, työn rasittavuus ja kuluttavuus, äkillisistä elinsuhteiden muutoksista syntyvä häiriökehitys, yksinäisyys ja vieraantuminen. (Mt., 13, 28.) Psykiatria ja yhteiskuntaa käsittelevillä Suomen Psykiatriyhdistyksen koulutuspäivillä Jarkko Eskola (1973, 37) määritteli mielisairauksien saavan yhteiskunnallisen luonteen siksi, että ihminen on kytketty myös sosiaaliseen järjestelmään. Terveydentilan muutosten ohella oli kiinnitettävä huomiota myös sairastavien sosiaaliseen ja taloudelliseen aseman muuttumiseen, sillä psykiatrisen hoidon tarve saattoi johtua paljolti sosiaalisista syistä (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977). Joissakin tapauksissa taas hoidon tulokset saattoivat näkyä lähinnä sosiaalisen tilanteen muutoksena, kuten sosiaalisena osallistumisena, asumis- tai työllisyysasioiden muutoksina (mt., 25).

Pohjaa mielisairauksien yhteiskunnalliselle luonteelle voitiin hakea yhteiskunnassa tapahtuneen elinkeinorakenteen muutoksesta ja sen aiheuttamasta muuttoliikenteestä. Maa- ja metsätalouden ammattiteissa työskentelevän työvoiman määrä väheni 1960-luvulla 40 %. Asuinpaikkaa vaihtoi vuosittain noin 200 000 henkilöä, josta aiheutui asunto- ja ihmissuhdevaikeuksia. Samalla myös väestön yleinen elintaso kohosi huomattavasti. Yhteiskunnan muutoksien ei nähty aiheuttavan sinänsä mielenterveyden häiriöitä, jos väestö oli asenteiltaan ja tiedoiltaan siihen valmennettua. Ja samalla voitiin säilyttää pienyhteisöjä koossa pitävät sosiaaliset suhteet. Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnön mukaan elinkeinorakenteen muutosta ei kuitenkaan oltu vuoteen 1977 mennessä kyetty toteuttamaan Suomessa niin, että väestön mielenterveyttä säilyttävät ja edistävät näkökohdat olisi otettu riittävästi huomioon. Mielenterveyskäsitteen laajeneminen puolestaan näkyi siinä, että työryhmä pohti mietinnöissään tapaa määritellä mielenterveys: mitataanko vain vaikeaa sairautta vai myös lieviä häiriöitä. Psykoosia lievempien häiriöiden takia vuosittain avohoitopalveluita hakevien määrä oli mielenterveystoimistojen tilastoiden



mukaan kolminkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden kuluessa. Sitä vastoin psykoosin takia hoitoon tulleiden määrässä muutosta ei juuri ollut tapahtunut. (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977, 13–14, 16.)

Avohoidon ongelmakohdiksi 1970-luvun alussa Kalle Achté (1973, 124) määritteli vähäisen henkilökuntamäärän, jatkokoulutuksen, päivä- ja yösaaraloiden, kuntoutuslaitoksien, suojatyön, ja työllistymismahdollisuuksien puutteen. Samoja puutteita totesi olevan myös Reino Elosuo (1971) pohtiessaan artikkelissaan psykiatrisia avohoito- ja kuntoutusmuotojen kehittämistä. 1970-luvun alussa psykiatrinen avohoito olikin vielä osittain kehittymätöntä. Useat totesivat (mm. Viljanen 1971; Rimon 1970) sen olevan riittämätöntä huollon ja hoidon osalta, mielisairauksien vastustamistyön järjestämisestä puhumattakaan. Tultaessa 1970-luvun loppupuolelle määritteli Lääkintöhallituksen työryhmä mietinnössään kuntoutuksen keskeiseksi osa-alueeksi niin avo- kuin sairaanhoidossakin (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977). Kuntoutuksen nähtiin edellyttävän joustavaa yhteistoimintaa lääkinnällisestä, ammatillisesta, sosiaalisesta ja kasvatuksellisesta kuntoutuksesta huolehtivien järjestelmien kesken. Kuntoutustoiminnan muotoja olivat työhön valmennus, työkokeilu ja teollisuusterapia. Kuntoutuksen ja suojatyömahdollisuuksien voimakas ja monipuolinen kehittäminen nähtiin vuonna 1977 tulevan kymmenvuotiskauden keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi avohoidon lisääntyessä. Lisäksi psykiatrasta avohoitoa tuli kehittää myös perustamalla asuntoloita ja päiväsaaraloita. Näiden toimintojen ja avohoidon henkilöstön määrällisen lisäämisen avulla tapahtuva vastaanotto- sekä kotikäyntien lisääntyminen nähtiin luovan edellytyksiä laitoshoidon pienenemiselle. (Mt., 39–41.)

Vuonna 1985 Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin alueella toimi päiväsaarala, joka palveli akuuttihoitoa ja tarjosi jatkohoitopaikkoja saaralasta kotiutuville potilaille. Valtakunnallisen ohjeen mukaisesti alueella oli kuitenkin suunniteltu aloitettavaksi myös mielenterveyskeskuksen yhteydessä toimiva päiväsaaralatoiminta, joka palvelisi laajempaa väestöpohjaa. Tämän nähtiin voivan hoitaa pitkälle akuutti- ja kriisipotilaita sekä vähentävän siten osaltaan saaralapaikkatarvetta. Kuntoutuskoti- ja asuntolatoiminnasta alueella vastasi lähinnä Sopimusvuori ry. Sopimusvuoren lisäksi suojatyötoimintaa harjoittivat kaksi mielisairaanhoitopiirin alueella olevaa saaralaa, Pitkäniemi ja Keijärvi. (Psykiatrisen sairaanhoidon kehittäminen Tampereen yliopistollisessa keskussaaralapiirissä vuoteen 2000 mennessä 1985, 33.) 1970-luvulla perustettu Sopimusvuori toimi sosiaalipsykiatrisen kuntoutustyön pioneerina Tampereella ja oli monelle pitkäaikaissairalle siltana saaralasta

yhteiskuntaan. 1980-luvulla lähes jokaisessa mielisairaanhuoltopiirissä oli käytössä jonkinlainen sovellus Sopimusvuoren toimintaidean pohjalta. (Hyvönen 2008, 114.) Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin vuonna 1987 psykiatrasta sairaanhoitoa suunnittelevan toimikunnan mukaan kuntoutuskoti-, asuntola- ja päiväsaaralapaikkojen lisääminen nähtiin edelleen tärkeäksi kehittämisalueeksi sairaansijojen vähentämisen onnistumiseksi laitoshoidosta (Psykiatrisen sairaanhoidon kehittäminen Tampereen yliopistollisessa keskussairaalapiirissä vuoteen 2000 mennessä 1987). Toimikunnan mukaan osa saaralahoidossa olevista potilasryhmistä tuli saamaan tulevaisuudessa tarvitsemansa hoidon ja kuntoutuksen avohoidon sekä puoliavointen hoitomuotojen (kuntoutuskodit/asuntolat, päiväsaaralat, kotisairaanhoito jne.) kautta. Toimikunnan raportin mukaan kyseisillä voimavaroilla seuraavan kymmenvuotiskauden aikana kuntoutuskotipaikkoja tulisi alueelle lisää noin 200, jolloin kaikkiaan kuntoutuskotipaikkoja olisi alueella noin 300. (Mt., 3, 8, 10.)

Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin Pitkänien sairaalan psykiatrisessa hoidossa näkyi näkemys ihmisen kokonaisvaltaisesta tarkastelusta 1970-luvun alussa toiminnan tasolla seuraavasti. Lisääntyvän lääkehoidon lisäksi pyrittiin käyttämään erilaisia psykoterapeuttisia ja sosioterapeuttisia hoitokeinoja, askartelu-, työ- ja liikuntaterapiaa. Yksilöpsykoterapeuttisen ja ryhmäterapeuttisten toimintojen käyttö lisääntyi ja ryhmätyön organisoinnissa päästiin eteenpäin. Myös toimintaterapeuttisten aktiviteettien kuvattiin laajentuneen saaralassa. Teollisuusterapiaosasto toimi työhön valmentavana yksikkönä vaikeasti ja pitkäaikaisesti sairaille potilaille. Siellä työskenneltiin ennen kaikkea muovi- ja pakkausalan kokoamis- ja pakkaustöissä. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977.) Erik E. Anttinen (1976) näki 1970-luvun alun psykiatrisessa hoidossa tärkeäksi ottaa potilaan hoitoon mukaan lähiyhteisön ja ottaa huomioon olosuhteet, joissa potilaat elävät. Muun muassa kotikäynneillä voitiin saada täydentävää ja oikeampaa tietoa potilaan olosuhteista. (Mt., 963–964.) Samoja elementtejä piti tärkeänä myös Raimo Salokangas (1978) määritellesään yhteisöllistä hoitoajattelua osana psykiatrisen hoitoyhteisön kehittämistä. Siinä kiinnitettiin myös erityistä huomiota potilaan perheymppäristöön. Lääkehoidon osuutta ei korostettu vaan pääpaino on erilaisilla yksilö-, ryhmä- ja sosioterapeuttisilla toiminnoilla. Koska yhteisöhoito oli laaja-alaista ja monipuolista, siihen kuului olennaisena osana avohoidon huomioon ottava hoitosuunnitelman teko. Hoitosuunnitelmakokouksen työtä kehitettiin siten, että potilaat pystyivät itse osallistumaan hoitosuunnitelman tekoon. (Mt., 28, 32.)

1970-luvun lopulla mielenterveystyön katsottiin kytkeytyvän sosiaalipolitiikkaan. Psykiatrisen terveydenhuoltojärjestelmän ja sosiaaliviranomaisten välisten yhteyksien kehittämistä pidettiin tärkeänä. Mielenterveystoimistojen tehtävänä oli välittää tietoa ihmisten elämän kriisitilanteista, jotka voidaan korjata sosiaalipoliittisilla toimenpiteillä. (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977, 55; Helén ym. 2012, 20.) Olennaiseksi osaksi mielenterveystyötä käsitettiin ehkäisevä työ, joka tarkoitti mielenterveysongelmien ehkäisyä terapeuttien ja sosiaalisten interventtioiden avulla. Lisäksi korostettiin rakentavan mielenterveystyön merkitystä. Mielenterveystyön tuli tuottaa yhteiskunnallisia uudistuksia, jotka loisivat edellytyksiä ihmisten mielenterveyden kohenemiseen. Mielenterveystyön tehtävänä ei ollutkaan enää pelkästään potilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen eli korjaava mielenterveystyö, josta nykyään huolehtii psykiatrinen erikoissairaanhoito. Aikakauden mielenterveyspoliittiset ohjelmat suuntasivat psykiatrian kohti yhteiskunnallis-rakenteellista mielenterveystyötä. (Helén ym. 2012, 19–29.)

Yhteiskunnallis-rakenteellisen näkökulman vahvistuminen mielenterveystyössä 1970-luvulle tultaessa näkyi aineistossani selvästi. Lääkintöhallituksen työryhmän mukaan mielenterveystoimiston tarkoitus oli toimia 1970-luvun lopulla eräänä alueensa väestön asuin-, työ- ja kulttuuriympäristön suunnittelua seuraavana ja ideoivana yksikkönä (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977). Työryhmä näki, että mielenterveystoimistoon kerättävät tiedot tuli voida yhdistää alue- ja läänikohtaisiin sekä valtakunnallisiin tietoihin mielenterveyspoliittisen päätöksenteon pohjaksi. Psykiatrisen terveydenhuollon tuli kerätä tietoa myös yksilön sosiaalipsykologisista olosuhteista, sillä asunto- ja asuinympäristötekijöiden oli todettu vaikuttavan mielenterveyteen. Tietoa asumisen ja mielenterveyden välisistä yhteyksistä tuli hyödyntää kunta- ja aluetason asunto- ja ympäristönsuunnittelussa. (Mt., 53–54.) Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnön sisältö vastasi paljolti Achtéen (1973) ja Anttisen (1974) esittämiä näkemyksiä psykiatrian ja yhteiskunnan suhteesta 1970-luvun alkupuolella. Achtéen mukaan mielenterveystyötä ei voinut irrottaa niistä yhteiskuntapoliittisista ratkaisuista, jotka säätelevät ihmisten elämän puitteiden muotoutumista. Näitä alueita olivat muun muassa koulutuspolitiikka, työvoimapolitiikka, eläkepolitiikka ja asuntopolitiikka. Asuntopolitiikka oli tärkeää siksi, ettei potilaita pidetä tarpeettomasti asuntopulan vuoksi sairaalahoidossa. Samoin työn puute oli monen potilaan kuntoutuksen esteenä. (Achté 1973, 122–123). Myös Anttinen näki ihmisyhteisöjen ja koko yhteiskunnan joustavan toiminnan olevan läheisesti yhteydessä jäsentensä psyykkiseen

tasapainoon. Poliittikkaa laajemmin katsottuna riskitekijöinä oli muun muassa köyhyys, voimakas muuttoliike, nopeat sosiaaliset muutokset, vakaumusten horjuminen tai kulttuurisiteiden katkeaminen. (Anttinen 1974, 62.)

Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin mielenterveystoimistojen työssä ennalta ehkäisevä työote ja yhteiskunnallinen näkökulma näkyi 1970-luvun lopulta alkaen muun muassa Ehkäisevän mielenterveystyön ryhmän toiminnassa. Sosiaalityöntekijä toimi osana moniammatillista työryhmää, johon kuuluivat myös psykologi, avohoidon ylilääkäri ja ylihoitaja. Ryhmä pyrki kehittämään yleisiä, suuriin väestöryhmiin kohdistuvia toimenpiteitä, joilla haluttiin edistää väestön tervettä persoonallisuuden kehitystä ja psyykkistä tasapainoa sekä ehkäistä psyykkistä häiriintymistä. Kaikissa ryhmän toiminnoissa johtavana periaatteena oli yhteistyö tehtävien kannalta tärkeiden toimipaikkojen ja henkilöiden kanssa. Ryhmän tärkeimpinä työmuotoina olivat muun muassa terveyskeskusyhteistyö, valistustyö, tukihenkilötoiminta, kodinhoitohenkilöstön työnohjaus, tutkimustoiminta ja neuvottelukuntatyöskentely. (Pitkäniemen sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987.) Ehkäisevän työn määrä ja suunnitelmallisuus mielenterveystoimistoissa riippui Maila Upanteen (1978) mukaan kuitenkin vielä 1970-luvun loppupuolella siitä, oliko piirissä työhön nimettyjä ”ee-työntekijöitä”. Muutoin mielenterveystoimistoissa ehkäisevää työtä tekivät eri ammattiryhmiä edustavat työntekijät lähinnä omaan kiinnostukseensa pohjautuen. (Mt., 20.)

Vuonna 1984 perustetun Mielenterveystyön komitean mietinnöissä määriteltiin laajasti aikakauden vallitsevaa näkemystä mielenterveyden ja yhteiskunnan rakenteiden välisestä yhteydestä, joka kiteytti jo 1970-luvulla pinnalla olleen keskustelun psykiatrian uudesta muodosta. Tämä oli yhteydessä mielenterveyden käsitteen laajenemiseen yksilökohtaisesta yhteisökohtaiseen, jolloin mielenterveystyön käsitteet ja kohderyhmät ulottuivat häiriintyneitä yksilöitä laajemmalle (Mielenterveystyön komitean mietintö I osa. Mielenterveystyön kehittämisen perustelut 1984). Ihmisten mielenterveyteen liittyvä näkökulma nähtiin tarpeelliseksi tuoda esiin kaikissa yhteisöjen toiminnoissa ja niiden suunnittelussa. Ehkäisevän mielenterveystyön sijaan komitean mukaan tuli mieluummin puhua rakentavasta ja ehkäisevästä mielenterveystyöstä. Mielenterveystyön kolmen näkökulman, biologisen, psykologisen ja sosiaalisen nähtiin olevan jatkuvassa vuorovaikutuksessa toisiinsa. Hoidollisen yksipuolisuuden todettiin olevan haitallista. Sen sijaan eri ajattelutapoihin perustuvat toimenpiteet tuli yhdistää toisiinsa potilaan kannalta tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Yhteiskuntapolitiikan (mm. sosiaalipolitiikka, asuntopolitiikka, työsuojelu) nähtiin vaikuttavan usein merkittäväällä tavalla

mielenterveyden edellytyksiin. (Mt., 25, 28–29, 94). Komitea jakoikin mielenterveystyön kahteen päälohkoon: yhteiskuntaan kohdistuva rakentava ja ehkäisevä mielenterveystyö sekä henkilöihin kohdistuva mielenterveystyö (Mielenterveystyön komitean mietintö II osa. Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset 1984). Toteutuessaan rakentava ja ehkäisevä mielenterveystyö muuttuu yhteiskuntapolitiikaksi, johon sosiaalihuollon tuli osallistua muiden tehtäviensä ohella. Komitean mukaan yhteiskunnan epäkohtien korjaaminen ei ollut korjaavaa vaan ehkäisevää mielenterveystyötä, koska se poistaa sairautta aiheuttavia uhkatekijöitä. (Mt., 8–9, 33.)

Yhteiskuntaan kohdistuva rakentava ja ehkäisevä mielenterveystyö oli kuitenkin vielä vuonna 1984 pioneerityötä, jonka menetelmiä ei oltu riittävästi tutkittu. Ongelmakohdiksi nähtiin liian vähäiset henkilöstöresurssit, kokonaisuutteen puute ja suunnittelemattomuus. Peräänkuulutettiin rakentavan ja ehkäisevän mielenterveystyön sisällön kehittämistä ja tutkimustoimintaa. (Mielenterveystyön komitean mietintö I osa. Mielenterveystyön kehittämisen perustelut 1984, 16, 104–105.) Näistä syistä johtuen työntekijöillä ei vielä vuonna 1984 katsottu olleen riittävästi valmiuksia siirtyä yksilökeskeisestä hoitotyöstä yhteisökeskeiseen suuntaan (Mielenterveystyön komitean mietintö II osa. Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset 1984, 48). Hoitavan ja kuntouttavan mielenterveystyön perinteet olivat pisimmät. Niissäkin tärkeäksi nähtiin kuitenkin potilaan ja hänen perheensä sekä sosiaalisen verkoston tukeminen. Psykyen lääkkeet nähtiin osana hoidon kokonaisuutta, mutta ne eivät saaneet syrjäyttää muita keinoja. (Mt., 19.) Mielenterveystyön komitean linjauksien pohjalta kokoontui myös Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirissä toimikunta kehittämään psykiatrasta sairaanhoitoa alueellaan vuoteen 2000 mennessä (Psykiatrisen sairaanhoidon kehittäminen Tampereen yliopistollisessa keskussairaalapiirissä vuoteen 2000 mennessä 1985). Ehkäisevä ja rakentava mielenterveystyö nähtiin korjaavan mielenterveystyön ohella läpikäyvänä periaatteena kaikessa psykiatrisessa hoidossa, myös kuntoutuksessa. Kuitenkin toimikunta korosti, että ehkäisevässä ja korjaavassa mielenterveystyössä on alueita, jotka eivät suoranaisesti kuulu terveydenhuollolle. (Mt., 10–11.)

Mielenkiintoinen, mutta sosiaalityön paikkaa psykiatrian toimintaympäristössä kuvaava, on Mielenterveystyön komitean mietintöön jätetty eriävä mielipide komitean kokoonpanosta ja sen työn tuloksista (Mielenterveystyön komitean mietintö II osa. Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset 1984). Tämä siitäkin huolimatta, että komitea määritteli mietinnössään mielenterveystyön vahvasti yhteiskunnallis-rakenteelliseksi yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan vuorovaikutussuhteen huomioon ottavaksi työksi. Sosiaalihuollituksen perheasiainosaston

apulaisosastopäällikkö kritisoi sitä, että komitean kokoonpano oli ollut voimakkaasti terveydenhuoltopainotteinen, jossa sosiaalihuollon puolelta oli ollut mukana vain yksi edustaja. Tämä siitä huolimatta, että komitean toimeksianto oli edellyttänyt mielenterveystyön kartoitusta koko sosiaalihuollon alueella. Varsinkin lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kohdalla hän kritisoi komitean tapaa tarkastella asiaa vain terveydenhuollon järjestelmän kehittämisen kannalta. Toisen eriävän mielipiteen jättänyt nuorisopsykiatrian erikoislääkäri kritisoi komiteaa myös siitä, että se olisi voinut valita työnsä tueksi yhteiskunnalliselta näkemykseltään vielä monipuolisempia asiantuntijoita. (Mt., 309–310, 313.) Mielestäni tämä kuvaa hyvin sitä, millainen yleinen vaikutusmahdollisuus sosiaalityöllä on ollut omalla sektorillaan terveydenhuollon piirissä muiden vahvojen professioiden rinnalla. Ja myös sitä, miten psykiatrian viitekehys on muovannut sosiaalityötä, sen sisältöä ja paikkaa ammatin syntyhistoriasta lähtien.

### 5.3 Sosiaalityön tieteellistyminen

Näkemyks sosiaalityöntekijöiden yhtenäisen koulutuksen tarpeesta vahvistui 1970-luvulla. Sosiaalityön koulutusohjelman tuli olla niin laaja-alainen, että se soveltuisi eri aloilla toimiville sosiaalityöntekijöille. Sosiaalityön koulutuskomitean esityksen mukaisesti koulutuksen keskeisenä aineena pidettiin sosiaalipolitiikkaa. Keskeiseksi tiedeperustaksi oltiin vakiinnuttamassa yhteiskuntatieteitä. (Vuorikoski 1999, 140.) Sosiaalihoitajakoulutus säilyi erillisenä muusta sosiaalityön koulutuksesta vuoteen 1975 asti. Vielä 1970-luvun alussa yli puolella sairaalalaitoksen piirissä työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä oli sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai sosiaalihoitajan koulutus. Tämä oli eräs osoitus terveydenhuollollisen koulutuksen vahvasta asemasta sosiaalityön tällä sektorilla. (Lehtinen 1986, 85.) Koulutustaustan kirjavuus sosiaalihoitajien kesken ja toisaalta myös puute koulutetuista sosiaalihoitajista vuonna 1972 näkyi Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin Pitkämäen sairaalan palkatun sosiaalihoitajan haastattelussa. Haastattelusta käy ilmi, että kyseisen henkilön kohdalla puute koulutustaustasta aiheutti aluksi närää myös sosiaalihoitajana toimivassa työkaverissa ja epäilyksen henkilön pätevydestä.

”Sitten hän (ylihoitaja) kysyi mitenkä olen koulutettu. Minä sitten sanoin, että sairaanhoitaja ja terveyssisar. Me valitsemme vain ammattikoulutettuja minulle sanottiin, siis minulla ei ollut tätä sosiaalialan koulutusta. Tietysti mä tulin aika epätoivoiseksi sitten, että jaaha ei tänne pääse.

Minä sitten kuitenkin pääsin, kun ilmeisesti niitä koulutettuja ei ollut tarpeeksi hakemassa ja tosin olihan minulla suositus kyllä Oulusta, että kyllä mä niinkuin pärjään.” (Valkonen 1998.)

”Kyllä yksi on jäänyt erityisesti mieleen, hän ei tykännyt musta yhtään ja tuota noin kerran tai monta kertaa vähän moitti minua ja sillai. ... Mutta kyllä minä tämän muistan, kun hän pitänyt mua pätevänä. Ja muistaakseni se kahnaus loppui siihen sitten, kun minä sanoin, että ei minun esimieheni ole sanonut, että olen epäpätevä, vaikka mää nyt tietysti ehkä olin koulutukseltani.” (Valkonen 1998.)

1980-luvulle tultaessa yhteiskunnan sosiaalisten ongelmien luonteen ja määrän muuttuminen aiheutti uusia vaatimuksia sosiaalityölle ja siten myös työntekijöiden tietotaitotason nostamiselle. Sosiaalihuollon työntekijöiden kelpoisuusehtojen väljyys oli ollut yhtenä esteenä sosiaalityön kehittymiselle. Vuonna 1981 voimaan tulleen kelpoisuusehtojen säätämisen myötä pyrittiin myös koulutuksellisen tason nostamiseen. Sairaalaliiton johtosääntömallissa mielisairaanhuoltopiiriä tai mielisairaalan kuntainliittoa varten suositeltiin vuonna 1981 seuraavia kelpoisuusehtoja: sosiaalihoitajan tai sosiaalihuoltajan tutkinto, sosionomitutkinto sosiaaliturvan opintosuunnalla tai yliopistossa suoritettu tutkinto pääaineena sosiaalipolitiikka, johon sisältyy sosiaalityön opetus. (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982, 59–60.)

1980-luvulla sosiaalityöntekijöiden koulutus nostettiin ylemmän korkeakoulututkinnon tasoiseksi ja koulutus laajeni useisiin yliopistoihin (Vuorikoski 1999, 57). Alettiin puhua enemmän terveydenhuollon sosiaalityöstä, sillä sosiaalityöntekijöitä tuli yhä useampiin terveydenhuollon toimipaikkoihin. (Linden 1999, 52.) Ammatin tieteellistymisen myötä tuli vähitellen koulutuksen tavoitteeksi tiedettä ja tutkimusta soveltava ammattilainen. Samalla aiemmin arkiymmärrykseen ja kokemustietoon perustunut työ alkoi muuttua teorioiden, käsitteiden ja tietojärjestelmien kautta. (Vuorikoski 1999, 37.) Sosiaalityön laajeneminen sosiaalihuollon ulkopuolisiin organisaatioihin (mm. terveydenhuoltoon) merkitsi sitä, että työstä tuli eri sektoreille eriytynyttä ja työ vaati erikoistumista hoitamaan erilaisia tehtäväalueita sekä asiakasryhmiä. Sosiaalityöntekijöiden joukko oli heterogeenista paitsi koulutustaustaltaan myös työtehtäviltään. (Vuorikoski 1999, 129.)

Keskustelua sosiaalityön koulutuksen tietoperustasta ja samalla koko asiantuntemuksen painopisteestä käytiin yliopiston opettajien sekä tutkijoiden kesken. Yhteiskuntatieteiden ja psykologisen tiedon merkityksiä käytännön työhön arvioitiin ja mietittiin, tulisiko

sosiaalityöntekijöistä kouluttaa yhteiskunnan muuttajia vai lähinnä terapeutteja. Koulutuksessa vahvemalla sijalla oli yhteiskuntatieteellinen painotus vaikka paineita kehittää koulutusta asiakastyössä tarvittavien valmiuksien suuntaan esiintyikin. (Vuorikoski 1999, 168–169.) 1970- ja 1980-lukujen piirteinä olikin pyrkimys löytää tieteellinen teoriaperusta. Tämä näkyi pyrkimyksenä irrottautua perinteisestä yksilökohtaisen sosiaalityön psykologis-terapeuttisesta suuntauksesta kohti yhteiskuntatieteiden viitoittamaa ”omaa” teoriaperustaa. (Mutka 1998, 41.)

Sosiaalityöntekijäin ammattijärjestöt näkivät tarpeelliseksi saada aikaan 1980-luvulle tultaessa yhtenäisen ohjeistuksen terveydenhuollon sosiaalityöstä. Niiden mukaan terveydenhuollon sosiaalityön sisältö, tavoitteet, toimintamallit ja sosiaalityöntekijöiden toimenkuva tulisi määritellä valtakunnallisesti. Lääkintöhallitus asetti terveydenhuollon sosiaalityöryhmän selvittämään asiaa, jonka pohjalta työryhmä vuonna 1982 laati raportin ja ohjekirjeen jaettavaksi terveyskeskuksia sekä sairaaloita ylläpitäville kunnille että kuntainliitoille ja lääninhallituksille. Raportista oli jo vahvasti nähtävissä terveydenhuollossa toimivien sosiaalityöntekijöiden yhteiskunnallisen näkökulman vahvistuminen työhönsä sairaanhoitopainotteisen taustansa sijaan. Sosiaalityöntekijä toimi suhteessa yksilöön ja yhteiskuntaan. Myös terapeuttiset elementit sosiaalityössä olivat läsnä. Sosiaalityössä nähtiin olevan aina osia sekä korjaavasta että ehkäisevästä työstä. Terveydenhuollossa toimiessaan sosiaalityö joutui ammatillisena toimintana sopeuttamaan omaa toimintaansa osaksi terveydenhuollossa tapahtuvia painopisteiden muutoksia. Aikakauden painopisteet rakentavaan ja ehkäisevään työhön näkyivät myös terveydenhuollon sosiaalityön toimintaperiaatteiden määrittelyssä. Yhteiskunnan sosiaaliturvalainsäädännön laajentuminen ja monimutkaistuminen edellytti myös alan tuntemusta. (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982, 1,8–10, 64, 71.)

#### 5.4 Sosiaalihoitajien painotus psykoterapiaan

Käsitys mielenterveyden kokonaisvaltaisuudesta ja potilaiden kuntouttaminen kohti yhteiskuntaa 1970- ja 1980-luvuilla oli merkittävä muutos verrattaessa 1940–1960 -lukujen laitospainotteiseen mielisairaiden hoitoon. Potilaita ei enää pyritty eristämään sairaalaan vaan järjestettiin erilaisia kuntouttavia asumis- ja työskentelymuotoja. Yhteiskunnallinen ilmapiiri avautui aiempaan aikakauteen verrattuna näkemään psykiatriset potilaat hulluuden leimaa laajemmin ja hoitomuotojen kehittyminen mahdollisti avohoitoverkoston kehittymisen. Tämä kaikki laajensi sosiaalityön toimintakenttää. Sosiaalipsykiatrian painotus mielenterveyden hoidossa sekä ymmärrys ympäristön, yhteiskunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen



merkityksistä tulivat lähemmäksi sosiaalityön lähestymistapaa kuin psykiatrian luonnontieteellinen lähestymistapa. Tutkimusaineistoni perusteella sosiaalityön kokonaiskuvan määrittäminen psykiatriassa haki 1970- ja 1980-luvuilla kuitenkin muotoaan ja kamppaili vastuualueista muiden ammattiryhmien kanssa.

1970- ja 1980-luvuilla mielenterveystyöntekijät kouluttautuivat psykoterapeuteiksi (Helén ym. 2012). Lääkäreiden ja psykologien lisäksi monet sosiaalityöntekijät ja sairaanhoitajat hakeutuivat psykoterapiakoulutukseen (mt., 21). Mielenterveystyö oli yhteistyötä, jota toteuttava työryhmä koostui eri alojen asiantuntijoista. Sairaaloissa ja avohoidossa sosiaalihoitajat edustivat sosiaalityötä, joka sovelsi tarjolla olevia sosiaalisia palveluita potilaan tarpeisiin. (Anttinen 1978, 364.) Anttinen (1978) määritteli sosiaalihoitajan tehtäviksi psykiatrisessa työryhmässä potilaan asenteiden, käyttäytymisen, ja tunne-elämän ongelmien hoitamisen siten, että potilas kykenee kuntoutumaan toimivaksi yhteiskunnan jäseneksi. Tehtävänä ei siis ollut varsinaisen aineellisen avun antaminen. Työ kohdistui potilaaseen, tämän lähiympäristöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalityön menetelmistä käytössä olivat henkilökohtainen huolto, sosiaalinen ryhmätyö ja yhdyskuntatyö. (Mt., 364.) Aulikki Kananoja (1978) puolestaan pohti sosiaalityön sidoksellisuutta ja muuttumista suhteessa erilaisten lähiammattien sisältöön. Lähtökohtia tälle hän hakee sosiaalityön ammatin nuoruudesta ja sen sisällön kehityksenalaisuudesta. Näistä seuraakin, että ammatti raja-alueiltaan oli liukuva ja meni osittain päällekkäin esimerkiksi psykoterapian kanssa. (Mt., 367.) Eri ammattien työalueet menevät myös Metterin (1993) mukaan mielenterveystyössä jonkin verran päällekkäin. Ammattien väliset rajat ovat liikkuvampia kuin muussa terveydenhuollon työssä. Keskustelua sosiaalityön vastuualueesta psykiatriassa onkin käyty jatkuvasti. (Mt., 96.)

Sosiaalityöntekijän tehtävä psykiatrisessa hoitotiimissä saattoi vaihdella vielä 1980-luvulle tultaessa suurestikin riippuen hoitoyksikön luonteesta, sen omaksumasta hoitomallista, eri ammatteja edustavien työntekijöiden koulutuksen suuntautumisesta ja yksilöllisistä tekijöistä (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982). Sosiaalityöntekijän määriteltiin aina tekevän sosiaalityötä, mutta hän saattoi toimia myös psykoterapeuttisessa työssä, jos hänellä oli siihen asianmukainen koulutus. Psykoterapian ja sosiaalityön ero näkyi siinä, että sosiaalityössä korostui ajankohtaisten tunteiden käsittely, ei aiempien tilanteiden. Sosiaalityöntekijän omimmaksi alueeksi määriteltiin kuitenkin sosiaalsiin ongelmiin ja olosuhteisiin liittyvät tilanteet. Näissä tilanteissa voitiin sosiaaliseen ympäristöön vaikuttamalla sekä erilaisin tukitoimenpitein päästä sosiaalityölle tavoitteeksi asetettuun päämäärään. Sosiaalityöntekijä

saattoi työskennellä toisaalla pääasiassa yksilön emotionaalisten ristiriitojen alueella tai toisaalla keskittyä yhteiskunnan voimavarojen aktivoimiseen esimerkiksi taloudellisen tuen järjestämiseen. Yleensä sosiaalityö sisälsi näitä molempia aineksia ja sosiaalityöntekijä teki sosiaalityötä. (Mt., 23, 24, 69; Kananoja 1978, 368–369.)

Yhteiskunnan kehittyminen kohti hyvinvointivaltiota ja sosiaaliturvaverkoston kasvu näkyi myös Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin sairaalan sosiaalityössä. Sosiaaliturvan moninaistuminen ja siihen liittyvä ilmoitusvelvollisuuksien kasvaminen lisäsi sosiaalihoitajan työmäärää 1970-luvun loppuun tultaessa. Vuonna 1979 sosiaalihoitajan työ käsitti sairaalassa pääpiirteissään seuraavanlaiset asiat: potilaan sosiaalisen tilanteen selvittely ja ongelmista auttamisen, sosiaaliturvan järjestely, yhteistyö osaston kanssa (hoitoneuvottelut, lääkärinkierrot ym.), osallistuminen potilaan kuntoutukseen, kotiutuksen ja jatkohoidon järjestelyyn, yhteydenpito omaisiin ja tarvittaessa näiden auttaminen sekä yhteydenpito eri viranomaisiin. Sairaalan aikuisosastoilla toimivien sosiaalihoitajien päivittäiseen työhön kuului potilaiden käytännön asioiden hoitamisen lisäksi hoidolliset keskustelut. (Pitkäniemen sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987.)

Mielenterveystoimistoissa sosiaalihoitajan työtavat poikkesivat jonkin verran keskusmielisairaan sosiaalityöntekijän työstä, mutta työn perussisältö oli sama. Mielenterveystoimiston sosiaalityöntekijän työnkuva riippui paljon toimiston väestöpohjan tarpeesta, muiden palveluiden saatavuudesta ja jopa välimatkoistakin. (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982.) Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirissä neljällä mielenterveysasemalla työ keskittyi vielä 1970-luvun alussa suurelta osin psykiatrisista sairaaloista kotiutettujen potilaiden jälkihoitoon. Vaikka kahden uuden mielenterveystoimiston avautuessa vuonna 1972 ja henkilömäärän lisääntyessä pystyttiin yhä enemmän hoitamaan myös lievemmistä psyykkisistä häiriöistä kärsiviä potilaita, ei mielenterveysaseman kapasiteetti riittänyt vieläkään kaikkien hoitoon pyrkivien potilaiden hoitoon. Toimistoissa työskentelevien työkuormaa kuvataankin suureksi. Toiminnassa keskeisellä sijalla olivat lääkehoidolliset toimenpiteet, sosiaalipsykologinen työskentely potilaiden tueksi, terapeutitiset keskustelut yksilö- ja ryhmätasolla, kuntouttamistyö sekä yleinen informaatiotoiminta. Toimintakertomuksissa mainitaan, että hoidollisia toimintoja tekivät kaikki tiimin jäsenet. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977.)

Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin sosiaalihoitajat tekivät uusista mielenterveysasemalle tulevista potilaista sosiaalisen olosuhteiden arvioinnin ja tilanteen kartoituksen. Työn painopiste oli sosiaaliturvaan ja erilaiseen sosiaaliseen kuntouttamiseen tähtäävässä toiminnassa. Omaisten informoiminen, tukeminen ja aktivoiminen hoitoon osallistumiseksi nähtiin myös tärkeänä. Sosiaalihoitajien kuvataan kuitenkin myös suorittaneen sairaanhoitoon liittyviä tehtäviä. Erikoissairaanhoitajien ja sosiaalihoitajien tehtäväalueiden kuvataan kuitenkin olevan osittain edelleen päällekkäisiä. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977; Pitkänien sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987.) Tämä kuvaa hyvin sitä, miten sosiaalityön sairaanhoidollinen tausta ja epäyhtenäinen koulutustausta vaikuttivat edelleen sosiaalihoitajien vaihtelevaan työnkuvaan eri toimipisteissä. Painetta sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin sosiaalihoitajan työn ohella kuvaa myös sairaanhoitajataustainen sosiaalihoitaja eräässä mielenterveystoimistossa tehtävässä työssä 1970-luvulla seuraavasti (Romppanen 2007, 149):

”Pyrin olemaan työssäni sosiaalihoitaja, vaikka paineita oli antaa esimerkiksi lääkkeitä injektiona. Kaikki eivät ymmärtäneet rajoituksiani.”

Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin mielenterveysasemalla hoidolliseen ja sosiaaliseen ryhmätyöhön sosiaalihoitajat osallistuivat joko ryhmän ohjaajina tai avustajina. Sosiaalihoitajat osallistuivat esimerkiksi yhdessä psykologien ja erikoissairaanhoitajien kanssa psykoterapiaryhmien ohjaamiseen tai ohjasivat sosiaalisia kerhoja. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977.) Tultaessa 1980-luvulle sosiaalihoitajat osallistuivat yksilö- ja perhekohtaisen työn lisäksi terapiaryhmien ja sosiaalisten kerhojen ohjaamiseen. Sosiaalihoitajat järjestivät myös työterveyshoitajille ja kotipalveluhenkilöstölle työnohjausta sekä konsultaatiota ja huolehtivat tukihenkilöiden kouluttamisesta. (Pitkänien sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987.)

Vuonna 1983 osallistui neljä Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin mielenterveystoimistojen sosiaalihoitajaa alueellisena koulutuksena järjestettyyn psykoterapiakoulutukseen ja yksi sosiaalihoitaja yliopiston järjestämään työnohjaajakoulutukseen (Pitkänien sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987). Mielenterveystyön komitean mietinnön mukaan psykoterapiavalmiudet olivatkin vuonna 1984 mielenterveystyössä vielä heikolla tasolla (Mielenterveystyön komitean mietintö II osa. Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset 1984, 51). Vuonna 1985 Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin psykiatrisen sairaanhoidon

kehittämisestä vastannut toimikunta linjasikin mietinnössään, että psykoterapiakoulutuksen tuli kattaa kaikki henkilöstöryhmät (Psykiatrisen sairaanhoidon kehittäminen Tampereen yliopistollisessa keskussairaalapiirissä vuoteen 2000 mennessä 1985). Tämä nähtiin tärkeäksi, koska potilaan hoidon kannalta oli keskeistä, että psykiatrian henkilöstöllä oli valmiudet psykoterapeuttiseen hoitoon (mt., 29). Liekö näillä seikoilla ollut vaikutusta myös aineistoni mielenterveystoimistojen sosiaalityöntekijöiden psykoterapiakouluttautumiseen.

1980-luvulle tultaessa Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin toimintakertomuksissa ei enää löydy suoraa mainintaa erikoissairaanhoitajien ja sosiaalihoitajien tehtäväalueiden osittaisesta päällekkäisyydestä. Kuitenkin kyseisten ammattien toimintakuvauksia mielenterveystoimistossa lukiessa päällekkäisiä elementtejä löytyy muun muassa psykoterapiasta, yksilö-, perhe- ja ryhmäterapiasta, toiminnallisten ryhmien ohjaamisesta sekä työnohjaajana toimimisesta toisille ammattiryhmille. (Pitkaniemen sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987.) Samanlaisia päällekkäisyyksiä sosiaalihoitajien ja erikoissairaanhoitajien työnkuviissa on luettavissa Viljasen (1980, 24) artikkelista, jossa molempien työnkuva mielenterveystoimistossa kuvataan erityisen laaja-alaiseksi käsittäen vastaanottotoiminnan, psyko- ja toimintaterapian, kotikäynnit, seurannan ja muun hoitotyön.

Sosiaalihoitajien työnkuvaan kuului Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirissä 1970-luvulla huolehtiminen niin sosiaalialan kuin myös lääketieteen ja mielisairaanhoitajaopiskelijoiden ohjauksesta (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977). Aineistostani ei tarkemmin käy selville lääketieteen ja mielisairaanhoitajaopiskelijoiden ohjauksen sisältöä tai määrää, mutta kyseisen ajan sosiaalityön vaihtelevaa ja epäselvää ammatillista työnkuvaa vasten tarkasteltuna maininta on mielenkiintoinen. Mielestäni tämä vahvistaa kuitenkin sitä päätelmää, että sosiaalityön eriytyminen ammatillisesti oli tuolloin vielä kesken. Toisaalta lääketieteen ja mielisairaanhoitajaopiskelijoiden ohjaus teki tutuksi näille ammattiryhmille sosiaalihoitajien työtä ja madalsi siten aita moniammatilliseen työotteeseen. Nykyiselläänhän jokainen ammattikunta hoitaa pääasiassa oman alan opiskelijaohjauksensa. Ammatinrajat ylittävää yhteistyötä tehdään nykyisin opiskelijaohjauksessa ja koulutuksessa siten, että sosiaalityöntekijät osallistuvat esimerkiksi lääketieteenopiskelijoiden käytännön opetukseen kertomalla sosiaalityön mahdollisuuksista potilaiden hoidossa (Metteri Anna 13.5.2014, henkilökohtainen tiedonanto).

Terveydenhuollon sosiaalityöryhmän vuonna 1982 laatimassa selvityksessä (1982, 23) moniammatillinen työote psykiatrisessa työssä tulee ilmi selkeästi vaikkakin sen muoto sisällöltään saattoi vaihdella hoitoyksiköstä riippuen. Myös muutamaa vuotta aiemmin ilmestyneessä Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnössä määritellään psykiatrisen avohoidon moniammatillisen työryhmän koostuvan erikoislääkäristä, erikoissairaanhoitajista, erikoisterapeuteista, mielisairaanhoitajista, psykologeista ja sosiaalityöntekijöistä (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 1977, 42). Anttinen (1970, 139; 1974, 59) korosti jo 1970-luvun alkupuolella, ettei mielenterveystyö ole ainoastaan lääkärien monopolitoimintaa vaan psykologien, sosiaalihoitajien ja erikoissairaanhoitajien tehtäviin nivellettävissä olevaa toimintaa. 1980-luvulla vallalla ollut näkemys mielenterveyteen vaikuttavista biologisista, psykologisista ja sosiaalisista tekijöistä rakensi teoreettista perustaa myös moniammatillisille työryhmille psykiatrisessa hoidossa (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982). Psykiatrinen hoitotiimi kuvataan kokonaisuudeksi, jossa eri ammattiryhmät voivat käyttää toistensa asiantuntemusta hyväkseen ratkaistessaan diagnostiikkaan, hoitoon tai toimenpiteisiin liittyviä kysymyksiä. Tällöin sosiaalityöntekijä antaa tiimin käyttöön tietonsa ja näkemyksensä asiakkaan sosiaalisesta kokonaistilanteesta ja muun muassa sen vaikutuksesta psyykkiseen olotilaan sekä ulkopuolisiin ihmissuhteisiin. Sosiaalityöntekijä pyrkii asiakkaan sosiaalisen vuorovaikutuskentän tukemiseen ja parantamiseen sekä tarvittaessa sosiaalisten olosuhteiden muuttamiseen. (Mt., 23–24, 69.)

Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin neljällä mielenterveysasemalla tiimityöskentelyn lisääminen työotteena tulee esiin 1970-luvun alkupuolella. Kohti 1970-luvun loppupuolta mentäessä määriteltiin sairaalan sosiaalihoitajan toiminnan kuvauksissa jo tarkemmin osallistuminen osastotiimiin keskimäärin kerran viikossa kullakin osastolla, joillakin useammin. Muutenkin yhteistyö sairaalan osaston kanssa muun muassa hoitoneuvottelujen ja lääkärinkiertojen muodossa nousi esiin aineistosta. Myös maininnat osallistumisesta lähialojen työntekijäryhmille järjestettyihin ohjaus- ja neuvottelutilaisuuksiin esiintyvät toimintakertomuksissa. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977.) Pitkäniemen sairaalassa sosiaalihoitajana vuosina 1972–1988 työskennellyt henkilö kuvaa moniammatillisuuden muotoutumista seuraavasti:

”...tämmöstähän se oli työtä, oltiin lääkärinkierroilla mukana, oltiin hoitoneuvotteluissa mukana ja sitten potilaat kävi tapaamassa minua työhuoneessani. Ja minä kävin, jos oli jotain erikoista asiaa osastoilla heitä tapaamassa ja hoitamassa niitä asioita. Ja kyllä joitakin kotikäyntejäkin

joutui tekemään, mutta ne oli hyvin vähäisiä. Se oli varsinkin joku semmonen pakkotilanne, jos kävi kotona ja sillain. Mitä tulee nyt tässä mieleeni tästä, kun kysytään minun työtäni niin, joka oli minusta uutta, hoitoneuvotteluissa oli koko osaston väki, siellä oli sairaala-apulaiset ja kaikki, ja tämä oli minulle täysin uutta, tätä ei ollut ollut yhdessäkään entisessä työpaikassani. Minun täytyy sanoa, että se oli erittäin hyvä asia.” (Valkonen 1998.)

1980-luvulle tultaessa Pitkäniemen keskusmielisairaalan sosiaalihoitajien yhteistyötä osastojen eri työntekijäryhmien kanssa kuvataan kiinteäksi. Sosiaalihoitajat osallistuivat mahdollisuuksien ja osastojensa tarpeiden mukaan raportteihin, hoitoneuvotteluihin ja ylilääkärin kiertoihin. Tällöin he olivat mukana suunnittelemassa potilaan hoitoa, kuntoutusta ja jatkohoitoa. Yhteistyössä ennaltaehkäisyryhmän kanssa pyrittiin kehittämään tukihenkilötoimintaa. (Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977; Pitkäniemen sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987.) Myös terveydenhuollon sosiaalityöryhmän mukaan moniammatillinen työote oli sairaalassa 1980-luvun alkupuolella joillakin erikoisaloilla varsin vakiintunutta toimintaa. Yhteistyö näyttäytyi päivittäisinä tai tarpeenmukaisina yhteydenottoina sosiaalityöntekijöiden ja henkilökunnan välillä, konsultaationa, työryhmäneuvotteluina sekä kuntoutusryhmien kokoontumisina. (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1982, 18.)

## 5.5 YHTEENVETO: Psykiatrinen sosiaalityö matkalla kohti yhteiskunnallista toimijuutta

1970- ja 1980-luvun sosiaalihoitajien vaihtelevat työnkuvat eri toimipisteissä ja päällekkäisyydet erikoissairaanhoitajien työnkuvien kanssa nousivat aineistostani selkeästi esiin. Tarkastelemalla sosiaalihoitajien taustaa, voidaan syitä tähän löytää aiemmasta koulutuksen sairaanhoidollisesta painotuksesta ja sosiaalihoitajien erilaisista koulutustaustoista. Tilanteessa, jossa terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvaa valtakunnallisesti ei oltu määritelty, tämä lisäsi mahdollisuuksia moninaisien toimenkuvien kehittymiselle eri toimipisteissä. Esimerkiksi sairaanhoitajataustainen sosiaalihoitaja saattoi oletettavasti lähentyä helposti toimenkuvassaan sairaanhoitajan työtä. 1970-luvulla psykiatriassa valtaa ottanut kokonaisvaltainen näkemys ihmisen biologista, psykologista ja sosiaalisista puolista sekä niiden vaikutukset potilaiden hoitoon loivat uudenlaisia toiminta-alueita työnkuviin. Jotkin sosiaalihoitajat lähtivät kouluttautumaan lääkäreiden, psykologien ja sairaanhoitajien ohella psykoterapiaan. Tämä vahvistaa sitä päätelmää, että vaikka terveydenhuollon sosiaalihoitajat olivat koulutuksen osalta yhdistyneet vuonna 1975 muuhun sosiaalityöntekijöiden koulutukseen, ei

yhteiskuntatieteellinen näkemys työotteessa vielä kaikilla välttämättä ollut painavin. Käytännön tarpeet ja suositukset eri toimipisteissä ohjasivat kouluttautumista. Näkyihän yhteiskuntatieteellisen ja psykologisen tietoperustan painopisteiden määrittely myös aikakauden sosiaalityön opettajien pohdinnoissa koulutuksen osalta (Vuorikoski 1999, 168–169). Yhteiskuntatieteellinen näkökulma oli tullut osaksi sosiaalihoitajien työotetta, mutta käytännön työssä sen painotus vielä vaihteli. Sosiaalityöntekijöiden kouluttautumista psykiatriassa ohjasi siis edelleen osittain lääketieteellinen isäntäorganisaatio eikä sosiaalityöntekijöiden oma ammatillinen tietoperusta.

Mielenkiintoinen havainto Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin sosiaalihoitajien työnkuvia tarkastellessa oli, että psykoterapiakoulutukseen lähteneet sosiaalihoitajat työskentelivät mielenterveystoimiston puolella sairaalan sijasta. Mielenterveystoimistojen toiminta oli 1970–1980-luvuilla vielä nuorempaa kuin sosiaalihoitajien toiminta sairaalassa ja siten haki muotoaan. Ehkä tämä vaikutti myös sosiaalihoitajien työnkuvien erilaiseen muotoutumiseen mielenterveystoimistossa. Myös mielenterveystoimistojen erilainen asema sairaaloihin nähdessä potilaiden hoitoketjussa saattoi vaikuttaa osaltaan tähän. Painopiste hoidossa 1970- ja 1980-luvuilla oli siirtymässä laitoshoidosta avohoitoon. Sairaaloitten tehtävät potilaiden hoitoketjussa olivat muuttumassa entisestä potilaita säilyttävästä työstä korjaavaan työhön, hoitopaikat vähentyneet ja hoitoajat lyhentyneet. Mielenterveystoimistojen työnä oli puolestaan huolehtia potilaiden jälkihoidosta ja ennaltaehkäisevästä työstä. Sosiaalihoitajien työ potilaiden hoitoketjussa oli siten muotoutumassa erilaisille alueille sairaalassa ja mielenterveystoimistossa työskennellessä. Erilainen paikka potilaan hoitoketjussa sairaalan sosiaalihoitajalle lyhentyneisiin hoitojaksoihin yhdistettynä ei siten tarjonnut samanlaisia käytännön edellytyksiä psykoterapiakoulutuksen hankkimiseksi. Mielenterveystoimistoissa puolestaan potilaskontaktit saattoivat muodostua pidemmiksi ja tarkoituksena oli enemmän mielenterveyttä ylläpitävä sekä tukeva toiminta korjaavan sijaan. Terapeuttisuudella onkin sosiaalityön historiassa kiistelty rooli. Marjo Romakkaniemi (2014) pohtii sitä, mitä sosiaalityön asiantuntijuudesta kadotetaan, kun sosiaalityöntekijän työorientaatio lähenee terapeuttista orientaatiota. Hän näkee ongelmaksi ongelmien näkemisen yksilökohtaisina ongelmina, jolloin ilmiöiden monikerroksellisuus häviää. Seurauksena voi olla moniammatillisuuden köyhtyminen ja työn viitekehyksen yhtenäistyminen. (Mt., 167.)

1970- ja 1980-luvuilla tapahtuneen mielenterveyskäsitteen laajenemisen myötä hakeutuivat myös lievemmistä mielisairauksista kärsivät potilaat hoitoon ja potilaiden ongelmat

moninaistuivat. Vaikka aineistoni mukaan mielenterveystoimistot pystyivät ainakin 1970-luvulla vielä heikosti vastaamaan lievemmistä mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoidon tarpeeseen tai ennaltaehkäisevään työhön ja keskittyivät lähinnä sairaaloista kotiutettujen potilaiden jälkihoitoon, oli tämä alku uuden potilasjoukon tuloon osaksi mielenterveyspalveluita. Sairaalan ja mielenterveystoimistojen sosiaalihoitajat alkoivat vähitellen hoitaa yhä enemmän eriasteisista mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden asioita. Sairaalassa työskentelevällä sosiaalihoitajalla oli hoidettavanaan akuutit sairaalahoidoa vaativat potilastapaukset ja mielenterveystoimistossa lievemmat sekä enemmän hoitotasapainossa olevat potilastapaukset. Sairaalat ja mielenterveystoimistot tekivät yhteistyötä potilaiden auttamiseksi.

1970-luvulta lähtien alettiin painottaa myös kuntouttavaa työtä psykiatrisessa hoidossa. Tämä laajensi sosiaalihoitajien työtehtäviä ja kontakteja yhteiskunnan eri toimijoihin. Potilaille järjestettiin erilaisia kuntoutus- ja terapiatoimintoja, hankittiin asuntoja ja mietittiin koulutusreittejä. Potilaita ei enää eristetty laitoksiin muusta yhteiskunnasta. Vaikka sosiaalihoitaja oli jo menneinäkin vuosikymmeninä toiminut potilaan ja sairaalan yhdyssiteenä potilasta tukien sekä hankkien tietoa potilaan kotioloista, sai sosiaalihoitajan työ nyt uudenlaisia potilaita yhteiskuntaan integroivia elementtejä. Paine yhteiskunnalliseen toimijuuteen ja näkemykseen tuli osaksi psykiatriassa toimivaa sosiaalityötä oikeastaan monelta eri sektorilta.

Yhteiskunnan kehityksen myötä tullut sosiaaliturvan moninaistuminen lisäsi jo itsessään sosiaalihoitajien tietotaidon vaatimusta yhteiskunnan turvaverkon asiantuntijana osana hoitotyötä. 1970- ja 1980-luvuilla psykiatriassa vallinneen sosiaalipsykiatrisen näkemyksen myötä sosiaalihoitajille avautui selkeä paikka yhteiskunnan, ympäristön ja ihmisen välisen vuorovaikutuksen asiantuntijuuteen. Näin tapahtui siitakin huolimatta, että joissakin toimipisteissä sosiaalihoitajat kouluttautuivat psykoterapiaan. Näihin vaatimuksiin vastattiin myös sosiaalihoitajien koulutuksen tasolla, joka irtautui lopulta Valtion terveydenhuolto-oppilaitoksen alaisuudesta vuonna 1975, siirtyi osaksi huoltotyön koulutusta ja määrittyi vähitellen yhteiskuntatieteelliseksi oppialaksi. Näiden myötä myös yhteiskunnallis-rakenteellinen näkemys tuli osaksi psykiatriasta sosiaalityötä. Sitä missä määrin rakenteellista työtä sosiaalihoitajat käytännössä tekivät, on aineistoni mukaan vaikea arvioida. Aineistoni mukaan mielenterveystoimistot olivat työmäärältään kuormitettuja ja työaika kului pitkälti potilaiden arjen asioiden järjestelyyn. Lääkintöhallituksen työryhmien tekemien linjauksien



mukaan yhteiskunnallis-rakenteellinen näkemys oli kuitenkin osa 1970- ja 1980-lukujen mielenterveystyötä. Yhteiskunnan ja psykiatrian muutokset sekä niiden tuomat vaatimukset sosiaalityön asiantuntijuudelle osana psykiatrasta terveydenhuoltoa olivat muovanneet ja eriyttäneet sosiaalityötä kohti yhteiskunnallis-rakenteellista asiantuntijuutta omalla sarallaan.

## 6 PSYKIATRIAN PIRSTALOITUMINEN 1990-LUVULTA NYKYPÄIVÄÄN – KOHTI SOSIAALISEN ALUEEN KAPEUTUMISTA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Suomessa koettiin 1990-luvun alkuvuosina voimakas taloudellinen lama. Sen seurauksena työvoiman tarve väheni, työllisyys heikkeni ja kotitalouksien ansiotulot laskivat. Kuntien ja valtion tulot vähenivät, jotka kavensivat veropohjaa. Tämän seurauksena niiden mahdollisuudet ylläpitää palveluita ja sosiaaliturvaa heikkenivät. Samaan aikaan sosiaaliturvan tarve kuitenkin kasvoi. Hyvinvointivaltio ajautui kriisiin. (Hyvönen 2004, 15–16.) Lama koetteli kansalaisia erityisen näkyvästi työelämässä. Muutokset markkinataloudessa ja yhteiskunnan arvomaailmassa heijastuivat monenlaisina psyykkisinä pahanolon tuntemuksina. Lisääntynyt kiire, stressi, jatkuvat tehostamisvaatimukset, epävarmuus työpaikasta ja yhteisöllisyyden puute nousivat yhä enemmän esiin. (Hyvönen 2008, 148–149.) 1990-luvun lama ja siihen liittyvä poliittisen ajattelutavan muutos jätti jälkensä koko suomalaiseen yhteiskuntaan ja siten myös sosiaalityöhön (Piironen 2005, 175; Metteri 2012). Myöskään psykiatria ei välttynyt laman ja uuden politiikan tuomilta vaikutuksilta.

### 6.1 Psykiatrian liittyminen erikoissairaanhoidon

Vuoden 1991 alusta voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki velvoitti liittämään psykiatrisen erikoissairaanhoidon muiden lääketieteen erikoisalojen joukkoon ja mielisairaanhoidopiirit lopettivat toimintansa (Hyvönen 2004, 19; Pukuri & Leinonen 2003, 4259). Samalla katosi mielisairaanhoidopiirien valtuuskuntien pitkäaikaisen asiantuntijuuden käyttö psykiatrisen erikoissairaanhoidon hallinnossa. Tarkastelemallani alueella siihen asti palvelut tuottanut Pohjois-Hämeen mielisairaanhoidopiiri lakkautettiin ja Pirkanmaan sairaalakuntainliitot yhdistettiin Pirkanmaan sairaanhoidopiiriksi (PSHP). (Hämäläinen & Metteri 2011, 114, 117.) Valtakunnallisesti koko erikoissairaanhoido jaettiin 21 sairaanhoidopiiriin ja niihin liitettiin alueellisen väestövastuun periaate. Väestövastuu tarkoitti sitä, että sairaanhoidopiirin alueella toimivan psykiatrian tavoitteena oli palveluiden tuottaminen siellä koordinoitusti. Laki

mahdollisesti psyykkisesti sairaiden tasa-arvoisen aseman terveyspalveluiden käyttäjinä ja sen tavoitteena oli vähentää psykiatristen potilaiden leimautumista. (Hyvönen 2008, 131.) Samaan aikaan erikoissairaanhoidonlain kanssa voimaan tulleen mielenterveyslain mukaan terveyskeskuksen on järjestettävä mielenterveyspalvelut kunnassa siten, että toiminnallinen kokonaisuus muodostuu erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten ja sosiaalihuollon välille. Ensisijaisesti palvelut tuli tuottaa avopalveluina. (Hyvönen 2004, 19.)

Vuonna 1993 toteutunut valtionosuusuudistus muutti kuitenkin kuntien ja valtion välistä rahanjakoa. Päättävältä erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämisestä siirtyi peruskunnille, jonka seurauksena valtion rahoitusosuus sosiaali- ja terveydenhuollon menoista väheni merkittävästi. Psykiatrian 130 vuotta kestänyt erityinen suojelu valtion huomassa päättyi. Taloudelliset tekijät muuttivat psykiatrian toimintaympäristöä ja muuttivat työntekijöiden aseman epävarmemmaksi. (Pukuri & Leinonen 2003, 4259–4260.) Tämän seurauksena psykiatrian rahoitusvastuu hajautui yksittäisiin kuntiin. Samalla psykiatrian johtaminen sekä hallinto pirstoutuivat sairaanhoitopiirien, yksittäisten kuntien ja terveyskeskusten kuntayhtymien kesken. Alueellista vastuuta ei näin ollen osoitettu kenellekään vaan kukin taho vastasi osaltaan psykiatristen palveluiden tuottamisesta. Alueellisen kokonaisvastuun sijaan siirryttiin paikallisesti johdettuun, organisatorisesti hajautuneeseen psykiatriaan. (Hyvönen 2008, 187.) 1990-luvulla psykiatrisen hoidon määrärahoja vähennettiin Suomessa 26 % ja avohoidon henkilöstömäärää supistettiin 10 %. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä karsittiin erityisesti psykiatriaan osoitettuja resursseja runsaasti laman aikana vuosina 1992–1995. Käytännössä tämä tarkoitti voimakasta henkilöstön vähentämistä. (Pukuri & Leinonen 2003, 4259–4260; Hämäläinen & Metteri 2011, 117.)

Poikkeuksellisen raju taloudellinen kriisi 1990-luvulla ja samaan aikaan toteutettu valtionosuusuudistus lopettivat maassamme siihen asti hallitun psykiatrian rakennemuutoksen. Jälkeenpäin tarkasteltuna psykiatrian kehitys näyttäytyy hallitsemattomana koko 1990-luvun: laitospaikkojen vähentäminen nopeutui ja avohoitopalveluiden kehittäminen hidastui tai keskeytyi. Eniten erikoissairaanhoidon säästöt kohdistuivat psykiatriaan. Perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden näkökulmasta tämä on johtanut siihen, että palvelut on eri kunnissa järjestetty laadultaan ja tasoltaan vaihtelevasti. Lisäksi kunnat ovat osittain taloudellisista syistä siirtäneet mielenterveyspalveluita erikoissairaanhoidosta omaksi toiminnakseen. (Hyvönen 2004, 20.) Eri yhteyksissä esitetyt arviot laitoshoidon purkamisesta ja mielenterveyspalveluiden rakennemuutoksesta ovat melko yksimielisiä: rakennemuutosten toteuttamisessa epäonnistuttiin

ja Suomen mielenterveyspalvelujärjestelmään jäi suuria ongelmia, jopa jonkinlaisia kriisitilanteita. Suurimmat puutteet olivat mielenterveystyön käytännöissä, joiden sisällöt eivät kehittyneet eivätkä monipuolistuneet vastaamaan uudenlaisia tarpeita laitoshoidon purkamisen jälkeen. (Helén ym. 2011, 24.)

1990-luvulla tapahtui muutoksia myös julkisen sektorin johtamisjärjestelmissä. 1970- ja 1980-luvun tavoitejohtamisesta ja suunnitelmakeskeisestä ajattelusta siirryttiin 1990-luvulla tulosjohtamiseen. Terveystuotteen organisaatiossa painopiste muuttui tavoitteiden suunnittelusta tuloksen aikaansaamisen suunnitteluun. Sairaanhoidopiirien rooli palveluiden myyjänä korostui 1990-luvulla. Palvelut tuotteistettiin ja toimintaa alettiin johtaa tulosityksikömallin mukaan. (Hyvönen 2008, 134.) Laman helpotettua vuonna 1998 siirryttiin myös PSHP:ssä erikoissairaanhoidopalveluiden osalta sopimusohjauksena tunnettuun tilaaja-tuottajamalliin. Tilaaja-tuottajamallissa kunnan edustajat ja erikoissairaanhoidon asiantuntijat neuvottelevat niistä palveluista, joita kunnat haluavat ostaa erikoissairaanhoidolta. Siten vastuu kuntalaisten terveyspalveluiden järjestämisestä siirtyi kunnille ja erikoissairaanhoidon on ainoastaan palveluita tuottavassa asemassa. (Pukuri & Leinonen 2003, 4260; Hämäläinen & Metteri 2011.) Sopimusohjausmallissa psykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnot suunnitellaan vuodeksi kerrallaan kuntien ostotarjousten perusteella. Psykiatrian toiminnan suunniteltavuutta tämä hankaloittaa siten, että jäsenkunnat painottavat enemmän taloustilannettaan kuin asukkaiden hoidon tarvetta. (Hämäläinen & Metteri 2011, 130–131.)

Psykiatrian avohoidon ensisijaisuutta painottava palvelurakenteen muutos on vaikuttanut myös sairaalahoidon luonteeseen. Pirkanmaan sairaanhoidopiirissä oli varsinaiset kuntouttavat sairaalaosastot kokonaan lopetettu vuoteen 2002 mennessä, jonka myötä psykiatrinen kuntoutus siirtyi avohoidon ja kolmannen sektorin kanssa tehtävään yhteistyöhön. Sairaalahoito tehostui, hoitoajat lyhentyivät ja pitkäaikaisia potilaita siirrettiin erilaisiin asumispalveluihin. (Heikkinen & Ala-Laurila 2002, 53.) Psykiatrian klinikoiden sairaanhoidon sijat vähenivät PSHP:ssä vuodesta 1991 vuoden 2002 loppuun mennessä 427:stä 256:een eli 171 sairaansijaa (Pukuri & Leinonen 2003). Tämä liittyi myös Pitkänien sairaalan kuntoutusosastojen lakkauttamiseen ja Keijärven sairaalan sulkemiseen, jonka myötä pitkäaikaissairaanhoidossa olleita potilaita siirrettiin yksityisiin kuntoutuskoteihin (Hämäläinen & Metteri 2011, 115). Sairaansijojen määrän lähes puolittuminen kyseisenä aikana johti myös hoitopäivien vähentymiseen samassa suhteessa. Hoitajaksojen määrät siis lisääntyivät ja niiden pituudet lyhentyivät. Tämä tarkoitti sitä, että vuodessa hoidettiin sama määrä potilaita kuin ennenkin, mutta sairaansijoja oli

määrällisesti vain puolet entisestä. Toisinaan hoitoajat jäävät liian lyhyiksi, kun hoidon tarve ei kuitenkaan ole vähentynyt. Käytännössä tämä on johtanut siihen, että pienemmällä sairaansijamäärällä hoidetaan entistä sairaampia potilaita. Hoitoaikojen lyhentäminen on kasvattanut työmäärää, sillä tulo- ja lähtöjärjestelyt vaativat hoitajaksoilla suurimmat työpanokset. Tämä näkyi myös sosiaalityöntekijän työmäärän kasvuna. Sosiaalityöntekijöitä ei ole kuitenkaan muutosten aikana siirretty pois tulosalueelta. 1990-luvun alussa sosiaalityöntekijällä saattoi olla hoidettavanaan 3-6 osastoa, kun taas vuonna 2003 hoidettavien osastojen määrä oli vähentynyt 1-3 osastoon. (Pukuri & Leinonen 2003, 4260–4262.)

Vuonna 1999 tehdyn tutkimuksen mukaan psykiatrisen avohoidon järjestäminen vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Yleisimmin se järjestettiin sairaanhoitopiirin toimintana, mutta järjestäminen joko kokonaan tai osittain perusterveydenhuollon toimintana näyttäytyi lisääntyvän. (Tuori, Kiikkala & Lehtinen 2000, 4534.) Tampereen kaupungin merkitys psykiatrisen hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa lisääntyi ratkaisevasti vuoden 2000 alusta, kun PSHP:n Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrisen avohoito siirtyi sairaanhoitopiiriltä kaupungin hallintoon (Heikkinen & Ala-Laurila 2002, 49; Hämäläinen & Metteri 2011, 111). Psykiatrian palvelurakenteen muutos Tampereen kaupungissa näkyi 2000-luvun alussa siten, että mielenterveyspalveluiden tarjoajat muodostivat hyvin laajan toimijoiden kentän. Aikuisväestön mielenterveystyötä toteutettiin erikoissairaanhoitona, peruspalveluina (esim. työterveys- ja opiskelijaterveydenhuoltona), perustason erityispalveluina, sosiaalityönä, seurakuntatyönä, kolmannella sektorilla sekä erilaisten yhdistysten, vapaaehtoisjärjestöjen ja muiden toimijoiden tekemänä. (Heikkinen & Ala-Laurila 2002., 55–56.)

Tampereen kaupungin avomielenterveyspalvelut käsittivät vuonna 2002 mielenterveyskeskuksen ja – toimistot, tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän, kuntoutusryhmän maahanmuuttajille, kriisityöryhmän, päiväsairaalat ja muiden yhteisöjen tarjoamat mielenterveyspalvelut. Avopalveluiden vastuulla oli myös kuntouttavien asumispalveluiden järjestäminen. Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelmassa vuosille 2002–2012 nähtiin tärkeäksi, että palvelu- ja hoitoketjut toimivat oikea-aikaisesti sekä toiminta palvelee potilasta. Hoidon onnistumisen nähtiin vaativan yhteistyön koordinoitua ja hoitovastuun määrittelyä mielenterveystyön henkilöstön, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, yksityisten palvelutuottajien ja muiden sidosryhmien kanssa. (Heikkinen & Ala-Laurila 2002., 55–56.)

Tarja Pukuri ja Esa Leinonen (2003) toteavat psykiatrian rakennemuutoksen vastanneen yhteiskunnassa tapahtuneisiin arvomuutoksiin. Siinä psykiatria on jäänyt alakynteen suhteessa muihin erikoisaloihin. Avohoidossa hoidetaan nykyään lievemmat mielenterveyshäiriöt ja akuutit kriisit. Psykiatrinen kuntoutus on siirtynyt lähes kokonaan avohoidon hoidettavaksi. Ainoastaan kaikkein vaikeimmat kriisit ja mielenterveyslain perusteella välitöntä sairaalahoitoa vaativat potilaat otetaan sairaalahoitoon. Lyhyen sairaalahoidon jälkeen potilaat kotiutuvat usein riittämättömään avohoitoon, jolloin hoitoketju pahimmassa tapauksessa katkeaa. Avohoidossa onkin todettu olevan puutteellisuuksia eikä laitospaikkojen vähentämisestä vapautuneita resursseja ole saatu läheskään täysimääräisesti avohoidon käyttöön. Kuitenkin tiedetään, ettei vaikeiden psykiatrinen potilaiden avohoito onnistu ilman riittävää resursointia. Sairaanhoitopiirien välille on syntynyt edellisistä toimintaedellytyksien muutoksista johtuen suuria eroja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluissa. (Mt., 4260–4262.) Myös vuonna 2003 valmistuneen Mielekäs elämä! -tutkimuksen mukaan avopalvelut ovat jääneet riittämättömiksi. Sen kehittämissuosituksen mukaan avohoidon kuntouttavien ja toimintakykyä ylläpitävien tukitoimintojen ja asumispalveluiden kehittäminen nähtiin tärkeäksi tulevaisuudessa. Myös ennaltaehkäisevän työn kehittäminen ja peruspalveluiden henkilöstön mielenterveystyön osaamisen kehittäminen nostettiin esiin. (Immonen & Kiikkala & Ahonen 2003, 110.)

Arvioitaessa Tampereen mielenterveyspalveluita vuonna 2009 nähtiin resurssien painopisteen muutos tärkeäksi erikoissairaanhoidon korjaavista palveluista lähipalveluita perustasolla ja ehkäisevässä mielessä korostavaksi. Puutteita nähtiin olevan varsinkin perusterveydenhuollossa, jonne tarvitaan lisää matalan kynnyksen vastaanottoja. Myös psykiatrasta päivystystoimintaa tuli kehittää. (Wahlbeck & Ekqvist & Jäntti & Mantere & Nevalainen & Saarni & Stengård & Tuori & Wiili-Peltola 2009, 3.) Kirsti Huovisen, Ritva Joutsenlahden ja Anna Metterin (2014, 42) mukaan psykiatrinen matalan kynnyksen palveluiden puute onkin tiedostettu ongelma, joka mahdollistuessaan voisi ennaltaehkäistä ongelmien syvenemistä. Vaikka arvioinnin mukaan Tampereen mielenterveyspalvelut olivat monimuotoiset ja erikoispalveluissa pääsääntöisesti riittävän hyvin resursoitu, ei mielenterveys- ja päihdepalveluiden osuus kaupungin budjetista vastannut ongelmien kuntalaisille aiheuttamaa sairaustaakkaa (Wahlbeck ym. 2009). Kehittämistyöstä huolimatta palvelut näyttäytyivät edelleen pirstoutuneilta ja vaativat asiakkaalta navigointikykyä. Palveluiden saatavuuteen liittyi asiakkaan näkökulmasta ongelmia. Kuntouttavan mielenterveystyön toiminnot olivat arvion mukaan monipuoliset. (Mt., 3.)

## 6.2 Lääketieteellisen näkökulman laajeneminen

Vuonna 1991 voimaantullut mielenterveyslaki määritteli terveydenhuollon psykiatrisen tehtävän hyvin laajasti mielenterveystyöksi. Siihen sisältyivät mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäiseminen ja hoito sekä kuntoutustoiminta. Taustalla oli 1970-luvulta lähtien voimistunut uudenlainen ajattelu mielenterveydestä voimavarana aikaisemman häiriökeskeisyyden sijaan. Mielenterveyspalvelut eivät olleet pelkästään psykiatrian tehtäväaluetta vaan koskettivat koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. (Hyvönen 2008, 130.)

Mielenterveystyössä käännyttiin kuitenkin kohti lääketieteellisiä ajattelutapoja ja käytäntöjä. Yhteiskunnallis-rakenteelliselta mielenterveystyöltä puuttui tieteellinen perusta jollaiseen tutkimustietoon lääketieteellis-psykiatrinen malli perustui. Rakentava ja ehkäisevä mielenterveystyö jäi yhä enemmän psykiatrisen sairaanhoidon varjoon. Tästä huolimatta 1970-luvulta periytyvä laaja-alainen ja ennaltaehkäisyä painottava mielenterveystyön kokonaisajatus on yhä keskeinen osa mielenterveyspolitiikan ohjelmia. Käytännön tasolle tultaessa se on kuitenkin hajaantunut ja jopa marginalisoitunut. Ehkäisevän työn suunnitelmallinen järjestäminen on jäänyt olemattomaksi, lähinnä erilaisten kehittämishankkeiden ja kampanjoiden varaan. Kuitenkin mielenterveyskysymysten ja häiriöiden ehkäisyn merkittävyys yhteiskuntaelämän alueilla sekä sosiaalisektoreilla on tunnustettu monilla tahoilla. (Helén ym. 2011, 22–24, 48–49.) Helén ym. (2011, 42–43) kritisoivat mielenterveyspolitiikkaa siitä, että kokonaiskuva psykiatrian muodonmuutoksesta, mielenterveystyön moninaistumisesta ja tämän kehityksen yhteiskunnallisista asiayhteyksistä on jäänyt muodostamatta lääketieteellis-psykiatrisen näkökulman vuoksi. Myös Frankenhaeuserin (2014) mukaan lääketieteellinen suuntaus on saanut hallitsevamman aseman sekä ammatillisesti että poliittisesti psykiatrisen hoitojärjestelmän suunnittelussa. Lääketieteellisessä toimintamallissa keskeisellä sijalla ovat diagnoosit ja lääkkeiden merkitys. (Mt., 66.)

Lääketieteellisen näkökulman painotus mielenterveystyössä on 1990- ja 2000-luvuilla tapahtunut yhtä aikaa mielenterveyshäiriöiden lääkehoidon edistämisen kanssa. Samalla mielenterveystyö on muuttunut psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta laaja-alaisemmaksi siten, että valtaosa mielenterveystyöstä kuuluu perusterveydenhuollon alaan. (Hautamäki, Helén & Kanula 2011.) Masennushäiriöistä on tullut suomalainen kansantauti. Masennuksen lisääntyminen johtuu pääasiassa siitä, että masennus käsitetään nykyään psykiatrisesti aivan

toisella tavalla kuin 60 vuotta sitten. (Helén ym. 2011, 31–52.) Masennuksen perushoito perusterveydenhuollossa koostuu masennuslääkityksestä ja seurantakäynneistä. Tällöin lääkäri informoi potilasta lääkkeistä, valvoo niiden käyttöä ja antaa sekä emotionaalista että sosiaalista tukea. 2000-luvun lopulla masennushoidon tilaa perusterveydenhuollossa on kritisoitu siitä, että lääkehoidon seuranta on usein olematonta ja hoito pelkistyy lääkkeiden määräämiseksi. Lääkkeet ovat sulautuneet olennaiseksi osaksi laaja-alaista mielenterveystyötä, jossa sekä lääkärit että potilaat käsittävät ne keinoiksi ennaltaehkäistä sairastumista, vähentää terveysriskejä, ylläpitää toimintakykyä sekä säädellä tunteita ja käyttäytymistä. Aivokemian lisäksi ihmisen persoonallisuuteen vaikuttavat kuitenkin myös sosiaaliset suhteet, hoiva ja kasvatus sekä elämäkokemukset. (Hautamäki ym. 2011.)

Merkittävää muutosta 1970- ja 1980-luvuilla linjattuihin mielenterveystyön sisällöllisiin suuntauksiin kohti yhteiskunnallis-rakenteellista näkökulmaa ja ehkäisevää sekä kuntouttavaa työtä näyttelee tarkastelemassani Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä koko yliopistosairaalan psykiatrisen kuntoutustoiminnan lopettaminen (Pukuri & Leinonen 2003). Merkkejä siitä oli jo havaittavissa Pirkanmaan mielenterveystyön kehittämisohjelmassa vuodelta 1994, jossa todettiin asuttamis-, suojatyö-, kuntoutus- ym. toimintojen kuuluvan erikoissairaanhoidon ulkopuolelle ja siten siirto muiden toimijoiden alueelle nähtiin aiheelliseksi (Hämäläinen & Metteri 2011, 140). Kuntoutustoiminta siirtyikin hoidettavaksi aluesairaaloiden psykiatrian yksiköihin ja kunnallisiin tai yksityisiin kuntoutuskoteihin. Kuntoutuskodeille ei kuitenkaan ole yhtenäisiä laatuvaatimuksia, josta johtuen potilaiden saaman hoidon taso vaihtelee. (Pukuri & Leinonen 2003, 4262; Hämäläinen & Metteri 2011.) Tästä johtuen useimmat asumispalveluita tarjoavat yksityiset hoitokodit ovat muuttuneet laitosmaisiksi organisaatioiksi, joista kuntoutus ja sosiaalipsykiatrinen osaaminen on alkanut kadota (Hämäläinen & Metteri 2011, 128).

Sosiaalityön paikka potilaiden ja yhteiskuntaan kuntouttamisen välillä näyttää vaikeutuvan. Mielenterveyspotilaiden hoitopolussa kohti yhteiskuntaa kuntoutus on olennaisella paikalla. Kuntoutuksen rajaaminen pois erikoissairaanhoidosta kiinnitti näkökulmaa entistä enemmän kohti lääketieteellistä tulkintakehystä. Siten kuntoutus näyttelee myös tärkeää rajapintaa psykiatrian avautumisessa kohti yhteiskuntaa. Kuntoutusosastolla ja kolmessa asuntolassa toiminut sosiaalityöntekijä kuvaa osaston ja asuntoloiden lakkauttamisesta aiheutuvia tunteita ja käytännön seurauksia seuraavasti:

”Kuntoutusosastolla ja asuntolassa opeteltiin kädestä pitäen uudestaan, kuinka arki hoidetaan sairaalan ulkopuolella. Siksi meille tuli shokkina tieto, kun yliopistollisen sairaalan johto totesi, ettei kuntoutustyö kuulu sen toimintaan. Osastot ja asuntolat lakkautettiin. Olimme vihaisia, surullisia ja epätoivoisia potilaiden puolesta. Olimme kokeneet, että tällaisella pitkäjänteisellä työllä saavutimme tuloksia eikä sama potilas palannut useinkaan takaisin sairaalaan vaan pärjäsi avohoidossa. Vastaavan tukiverkoston luominen akuuttiosastolle olikin jo paljon vaikeampaa: potilas oli akuuttitilanteessa, uusien potilaiden elämäntilanteeseen ei ennättänyt tutustua riittävästi eikä kiivaassa työrytmissä avopuolen yhteyshenkilöitä aina saatu neuvotteluihin.” (Ojala 2007, 148.)

1990-luvun alussa mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelut tuli järjestää ensisijaisesti avopalveluina. Psykiatriselle kuntoutukselle avohoitopainotteisuus loi uusia haasteita. Vuonna 1991 tehdyn psykiatrista kuntoutumista koskevan tutkimuksen mukaan psykiatrista kuntoutusta pidettiin eri tahoilla useimmin sosiaalisena ja hoidollisena kuntoutuksena, vähäisemmässä määrin ammatillisena. Lisäksi kuntoutus koettiin pääsääntöisesti ainoastaan yksilökeskeiseksi, ei juurikaan perhe- ja systeemikeskeiseksi. Tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin ristiriidassa verrattaessa niitä Maailman terveysjärjestön asiantuntijakomitean määritelmään kuntoutuksesta, jonka mukaan kuntoutuksen tulisi kattaa hoidolliset, sosiaaliset ja myös ammatilliset ulottuvuudet. (Kiuttu ym. 1992, 2630.) Lisäksi kuntoutus tulisi olla yksilön, perheen ja lähiyhteisöt huomioon ottavaa. Sairastuessaan ihmiset vetäytyvät asioista, jotka mahdollistaisivat heidän kuntoutumistaan eli sosiaalisista suhteista, harrastuksista, opiskelusta ja työstä. (Romakkaniemi 2014, 165; Frankenhaeuser 2014, 67.)

Pitkäaikaipotilaiden kuntoutuksessa edellytetäänkin kokonaisvaltaisia ja laaja-alaisia psykiatrisia, psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia toimenpiteitä. Psykiatrisen kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavat myös mielenterveystyötä tekevien tiedot ja taidot. Vuonna 1991 tehdyn tutkimuksen mukaan terveystoimessa ja sosiaalitoimessa puolet vastanneista sekä Kelassa ja työvoimatoimistoissa työskentelevistä lähes kaikki vastanneet kokivat oman osaamisensa mielenterveyspotilaan kohtaamisessa riittämättömäksi. Tulos on sikäli merkittävä, että psykiatrista avohoittoa kehitettäessä juuri sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon osuus saattaa olla merkitsevä. 1990-luvun alussa noin kolmasosa perusterveydenhuollon potilaskäynneistä kuului syytaustaltaan mielenterveydellisiin ongelmiin. (Kiuttu ym. 1992, 2630.)



Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö ja toimintojen osittainen yhdistäminen sekä moniammatillinen yhteistyö nousi 1990-luvun alkupuolella valtakunnallisten ohjelmien, suunnitelmien ja kehittämistyön yhdeksi painopisteeksi. Yhteistyöpuheen korostaminen on kuitenkin käytännössä ilmennyt toimivan yhteistyön vähenemisenä terveydenhuollon sisällä. Sosiaalityöntekijät ovat raportoineet tapauksista, joissa poistetaan tai uhataan poistaa sosiaalityö palvelujärjestelmän niistä osista, joissa moniammatillinen yhteistyö on pisimmälle kehittynyttä. Ja joissa sosiaalityö toimii monentasoisissa yhteistyösuhteissa terveydenhuollon sisällä. (Metteri 1995b, 42–44.) Frankenhaeuserin (2014) mukaan asia on ajankohtainen vielä tänä päivänäkin. Vaikka terveysosiaalityön arvostus toisissa psykiatrian työyhteisöissä on selvää, niin toisaalla sosiaalityö katsotaan tarpeettomaksi ja sosiaalityöntekijän toimia lakkautetaan (mt., 69–71). Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden poistamiset perusterveydenhuollosta ja mielenterveystyöstä ovat tapahtuneet siitä huolimatta, että potilaiden sosiaaliset ongelmat ja arkielämän selviytymisvaikeudet ovat lisääntyneet. Syitä Metteri (1995b) hakee näihin leikkauksiin siitä, ettei terveydenhuollon johdossa yleisesti tunnusteta tai tunnista sosiaalista vastuuta. Useat johtajat eivät myöskään ota tiukentuneessa resurssitilanteessa vastuuta kokonaisuudesta. Terveydenhuollon sisällä eniten leikkauksia on tehty niiltä alueilta ja ammattiryhmistä, joilla on vähiten valtaa ja statusta. (Mt., 42–44.) Ilmiö johtaa kuitenkin hoidon tason laskuun sairaaloissa, jossa erityistyöntekijät edustavat hoidon laadullista puolta (Nieminen 1995, 51–52).

Sosiaalisten ja yhteiskunnallisten näkökulmien puutteellinen huomioiminen näyttäytyy esimerkiksi kuntoutuksessa siten, että erityisesti monimutkaiset ja sosiaalista selviytymättömyyttä sisältävät tilanteet jätetään terveydenhuollon sisällä ratkaisematta. (Metteri 1995b, 44.) Yhden sektorin säästöt siirtävät kustannukset ainoastaan toiselle sektorille, koska päätöksenteossa ei tarkastella kokonaisuutta ja jokainen tulosityksikkö keskittyy omaan budjettiinsa. Tämä johtaa asiakkaiden kierrättämiseen luukulta toiselle ongelmiensa kanssa, kun kustannuksia aiheuttavaa asiakasta yritetään siirtää toisen kunnan tai organisaation asiakkaaksi. (Metteri 2012.) Sosiaalityöntekijät kertovat esimerkkejä siitä, mitä tapahtuu kun kriisissä oleva ihminen ei lyhyen psykiatrisen sairaalahoidon aikana ole ehtinyt saada riittävästi inhimillistä vuorovaikutusta selvittääkseen elämänsä. Sairaalaan uloskirjoitettuna hän on välittömästi sosiaalipäivystyksen tuen varassa. (Metteri 1994, 12.)

Kun 1970-luvun sosiaalipsykiatriassa nähtiin yhteiskunnan ja sosiaalisen ympäristön

muokkaaminen ensiarvoisen tärkeäksi potilaiden hoitamisen lisäksi, on käsitys mielenterveysongelmien yhteiskunnallis-rakenteellisesta ulottuvuudesta muuttunut tultaessa nykypäivään. Mielenterveysongelmista kärsivän potilaan auttaminen määritellään palvelujärjestelmässämme usein yksin lääketieteellisestä näkökulmasta (Metteri 1994). Psykiatrisen laitoshoidon purkamisen myötä avohuoltoon ei ole lisätty yhteiskuntaan integroimisen ja arkisen selviytymisen tukipalveluita. (Mt., 12.) Mielenterveystyön organisaatiossa voidaan nykyään harjoittaa vain tuotteistettavia ja mitattavia toimintoja, joka sulkee pois esimerkiksi valtaosan ehkäisevästä mielenterveystyöstä ja koko rakenteellisen mielenterveystyön (Hämäläinen & Metteri 2011, 137). Ilkka Taipale (1995, 84) ja Anna Metteri (1995a, 5) nostavat esiin kokonaisvastuun kantamista psykiatriassa. He kritisoiivat somaattisesta erikoissairaanhoidosta ja tulosvastuuajattelusta heijastuvaa ilmiötä, jossa jokainen hoitaa vain oman sektorinsa: erikoissairaanhoidon välittömän potilashoidon, sosiaalitoimi toimeentulon, asuntotoimi asunnot jne. Taipaleen mukaan tällainen ajatusmalli ei sovi edes akuuttipsykiatriaan. Metterin (1995a) mukaan tuloksen mittaaminen asiakaskäynteinä sopii erityisen huonosti sosiaalityöhön, joka on luonteeltaan moniin suuntiin vaikuttava yhteistyöammatti. Kun tulos lasketaan toimistokäynneillä, on esimerkiksi mielenterveystoimistojen sosiaalityöntekijöiden vaikea siirtyä kipeästi kaivattavaan työhön toimiston ulkopuolelle ihmisten arkeen. (Mt., 5.) Tämä asettaa sosiaalityöntekijät ammatillisesti haasteelliseen asemaan.

## 6.2 Sosiaalityön ammatilliset muutospaineet

Nykyään sosiaalityöntekijöiden koulutusta järjestetään kuudessa yliopistossa eri puolilla maata ja se on laajuudeltaan ylempi korkeakoulututkinto. Sosiaalityöntekijät toimivat terveydenhuollossa yhteiskunnallisen ja sosiaalisen tiedon omaavana, itsenäisenä asiantuntijana, jonka koulutuksen pätevyyden määrittää laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005 ja asetus 608/2005 (Korpela 2014, 121). Nykyisestä yhtenäisestä koulutuksesta huolimatta Hannu Piironen (2005) näkee edelleen sosiaalityöntekijöiden koulutustaustan kirjavuuden suurena haasteena ammatillisuudelle. Epäyhtenäinen ajattelu- ja kokemusmaailma näyttäytyy osatekijänä, joka heikentää ratkaisevalla tavalla sosiaalityöntekijöiden mahdollisuuksia toimia oman ammattikuntansa edunvalvojina yhteiskunnassa, osallistua sosiaalityön paikan määrittelyyn yhteiskunnassa ja siten sosiaalityön myönteisen ammatillisen muutoksen synnyttämiseen. (Mt., 85.)

Kaisa Kiiski ja Ismo Söderling (1991) tutkivat vuonna 1991 psykiatristen sairaaloiden sosiaalityöntekijöiden professiokysymystä keräten aineistoa koko maan psykiatrisissa sairaaloissa työskenteleviltä sosiaalityöntekijöiltä. Tutkimuksen tuloksena ilmeni, että sosiaalityö ei vielä 1990-luvun alussa omannut sellaista profession astetta, että sillä olisi laajaa päätösvaltaa hierarkiaperusteisessa laitossyhteisössä. Tutkijat määrittelevät profession olevan liitoksissa myös alan naisvaltaisuuteen sekä vaihtelevaan esimiesasemaan. Vuonna 1991 noin puolella psykiatrisista sosiaalityöntekijöistä oli esimiehenään sosiaalityöntekijä, 41 %:lla ylilääkäri ja 7 %:lla ylihoitaja. Oman esimiesaseman saavuttaminen nähtiinkin tärkeänä vaiheena korkeamman profession asteen saavuttamiseksi. (Mt., 40–43.) Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sosiaalityöntekijät siirtyivät ylihoitajan alaisuudesta ylilääkärin alaisuuteen vuonna 1978. Ammatillisen identiteetin ja aseman kannalta tätä merkittävämpi tapahtuma oli ensimmäisen johtavan sosiaalityöntekijän nimeäminen vuonna 1988. (Palomäki 2004, 69.)

Professiota vahvistavia tekijöitä Kiiski ja Söderling (1991) löysivät työn kehittämisestä tutkimuksen ja koulutuksen avulla. Toisaalta esteitä työn kehittämiselle toi työntekijöiden vaihtuvuus, työn kiireellisyys ja työyhteisön vähäinen arvostus sosiaalityötä kohtaan. Edellä mainitut tekijät ovat samankaltaisia, joita Rauni Korpela (2014) nimeää tutkimuksessaan terveysosiaalityön asiantuntijuudesta ja sen kehittämisestä. Sosiaalityön kehittämiselle ja asiantuntijuuden käytölle aiheuttivat Korpelan mukaan haasteita myös terveydenhuollon hierarkkisuus, jäykät rakenteet ja vaihtelevat käsitykset sosiaalityön sisällöstä. Tutkimustoiminnan kautta tapahtuva sosiaalityön näkyvyys ja vahvistus jää usein käytännön työtehtävien hoidon jalkoihin. (Mt., 137–138.)

Tarkastellessaan sosiaalityöntekijöiden heikkoa ammattikuvaa Kiiski ja Söderlingin (1991) nostivat esiin kirjallisten toimenkuvien puuttumisen 59 %:lla tutkimukseen vastanneista psykiatrisista sosiaalityöntekijöistä. Kirjallisten toimenkuvien luomisen tutkijat näkivät luovan edellytyksiä oman aseman tiedostamiselle ja selkeän ammatti-identiteetin luomiselle. Suppeimmillaan sosiaalityöntekijän tehtävät psykiatrisessa sairaalassa olivat ”valvoa potilaiden omaisuuden ja varojen käyttöä”. Tutkijat totesivatkin sosiaalityöntekijän roolin vaihtelevan psykiatrisessa sairaalassa 1990-luvun alussa juoksutytön roolista terapialuonteiseen kuvaan. (Kiiski & Söderling 1991, 40–43.) PSHP:ssä tehtävän sosiaalityön tärkeimmiksi tehtäväalueiksi olivat vuoteen 2013 mennessä muotoutuneet sosiaalisen tilanteen

selvittäminen ja arviointi, toimeentuloon ja etuuksiin liittyvä ohjaus sekä neuvonta, jatkohoitoon liittyvä selvittelytyö, moniammatillinen yhteistyö, verkostotyö sekä potilaille ja heidän läheisilleen annettava psykososiaalinen tuki (PSHP/Sosiaalityö 2013). Korpelan (2014) tutkimuksen mukaan vähiten sosiaalityön asiantuntijuutta käytetään kuitenkin psykososiaalisen tuen alueella. Verkostotyössä ja moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijuuden käytössä oli myös havaittavissa puutteita. (Mt., 137.)

1990-luvun laman seuraukset ja yhteiskunnalliset muutokset merkitsivät sosiaalityöntekijöille myös sitä, että he joutuivat pohtimaan sosiaalityön arvolähtökohtia. Henkilökohtaisesta työsuorituksesta tuli arvolähtökohta, joka kytkeytyi tulostavastuullisuuteen. Tulostavastuullisuus taas liittyi sosiaalityössä taloudelliseen ajatteluun, jonka mukaan erilaisten panosten ja tuotosten välinen suhde on syytä pitää tasapainossa. (Piiroinen 2005, 71–92.) Nykyään vallalla oleva liiketalouden oppien mukainen julkisjohtaminen on tuottanut monimuotoisia työn arviointivälineitä, jotka ovat keskeisellä sijalla sosiaali- ja terveystalouden ammattikäytännöissä. Näiden arviointivälineiden avulla työntekijöiden työtä pyritään arvioimaan ja tekemään siitä mahdollisimman seurattavaa ja mitattavaa toimintaa. Niiden avulla määritellään työn tavoitteita, kuten asiakkuuksia ja työmuotojen kestoja, määriä sekä sisältöjä ja seurataan niiden toteutumista. Arviointitekniikoilla on kauaskantoisia seurauksia ammattikäytännöille. Arviointivälineet vaikuttavat päivittäisiin mielenterveystyön käytäntöihin ja siihen, miten työntekijät sopeuttavat työtään näiden välineiden mukanaan tuomiin muutoksiin. Saarion tutkimuksen tulokset näyttäytyivät kaksitahoisina: toisaalta arviointi vahvistaa tiettyjä mielenterveystyön käytäntöjä, mutta samalla estää toisenlaisia työtapoja. (Saario 2014.)

Yhteiskunnan muuttuminen on tuonut sosiaalityölle muutospaineita, joissa haastetaan uudenlaiseen sosiaalityön asiantuntijuuteen (Mutka 1998, 184). Reflektiivisen asiantuntijuuden kehittyminen on eräs tapa vastata sosiaalityön muuttuviin haasteisiin. Reflektiivinen lähestymistapa tunnustaa, että ammatillista toimintaa ohjaavat teoriat ja proseduurit voivat olla epätäydellisiä tai puutteellisia. (Mutka 1998, 47; Piiroinen 2005, 156.) Mutkan (1998) ja Satkan (1995) mukaan tieteellisen tiedon rinnalle tulee nostaa eri alojen toimijoiden tuottama ja pitkän koulutuksen kehystämä kokemustieto.

### 6.3 Psykiatrinen sosiaalityö laman jälkeisessä Suomessa

Sosiaalityön taloudelliset resurssit vähenivät 1990-luvulla. Leimaavaa lama-ajan ja siitä seuranneiden vuosikymmenten poliittiselle päätöksenteolle on sen kautta tuotettu sosiaalityön epävarmuus. Tämä ilmenee päätöksentekijöiden kyvyttömyydestä ennakoida niitä vaikutuksia, joita sosiaaliturvan leikkauksilla ja palveluiden karsimisella on vielä laman jälkeen köyhien ja huono-osaisten ihmisten arkiseen elämään. Lama-ajan ja muuttuneen politiikan Suomessa sosiaalityöntekijöiden pehmeät arvot jäivät usein päätöksentekijöiden kovien arvojen varjoon. Väestövastuujatteluun perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen sai sosiaalityöntekijöiltä kriittisen vastaanoton. Tämä pohjautui käsityksiin, jonka mukaan sosiaalityöntekijät ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät kyenneet ammatilliseen yhdenvertaisuuteen teennäisiksi muodostuneissa yhteistyökuvioissa. (Piiroinen 2005, 71–92.)

Psykiatrisen sairaanhoidon yhdenyttyä osaksi erikoissairaanhoitoa organisoitiin koko psykiatrisen sairaanhoidon hallinto uudelleen vuonna 1991 sillä seurauksella, että Pitkänien sairaalassa johtoryhmästä pudotettiin pois psykologi ja sosiaalityöntekijä (Metteri 1991). Tämä merkitsi sosiaalityöntekijöille hallinnollisen vaikutusvallan vähenemistä. Organisaatiomuutokseen liittyvä sosiaalityöntekijöiden maantieteellinen uudelleensijoittelu aiemmalta hallintorakennuksen keskeiseltä paikalta syrjäisempiin tiloihin hajalleen toteutettiin ilman neuvotteluita asianomaisten kesken. Tämän sosiaalityöntekijät kokivat muistutuksena siitä, että työtä saa tehdä mutta organisaation hallinnolliseen päätöksentekoon ei ole asiaa. (Mt., 13, 15.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vähennettiin valtakunnallisen kehityksen mukaisesti 1990-luvulle tultaessa psykiatrian laitospaikkoja, pienennettiin hoito-osastoja ja kehitettiin hoitomuotoja muun muassa perhekeskeisempään suuntaan. Samalla kuitenkin ihmisten ongelmat yhä enemmän moninaistuivat, vaikeutuivat ja kasautuivat: työttömyyttä, asunnottomuutta, vakavaa psyykkistä sairastamista, sosiaalista selviytymättömyyttä, toimeentulon tarvetta, avioeroja ja yksinäisyyttä. Laitoshoitoon tullaan vasta sitten, kun kaikki muu on käyty läpi. (Metteri 1991, 14; Havukainen 1995, 25.) Suuren potilas vaihtuvuuden ja lyhentyneiden hoitoaikojen sosiaalityöntekijät kuvasivat vaikuttavan käytännön työhön siten, että se työllistää sosiaalityöntekijää aiempaa enemmän. (Metteri 1991, 14; Havukainen 1995; Pitkänien sossut 1996.) Yhteistyötä tehtiin ”hartiavoimin” avopuolen yhteistyökumppaneiden kanssa, jotta lyhyen hoitoajan puitteissa asiat saataisiin siihen malliin, että potilas voidaan uloskirjata. Päätöksen uloskirjauksen suorittamisesta teki kuitenkin

lääkäri. (Pitkäniemen sossut 1996.) Käytännössä tämä näkyi siten, ettei sosiaalityöntekijällä ollut aikaa haastatella potilaita tai perehtyä potilaan tilanteeseen. Mahdollisuus perustaa potilaiden kanssa tehtävä työ yksilölliseen potilaan tilanteen arviointiin ja tarpeiden selvittämiseen toteutui siten vain osittain. (Metteri 1991, 17.)

Tulosajatteluun liittyvän hoidon tehostamisen myötä voi käydä myös niin, että potilas siirtyy avohoitoon tilanteessa, jossa mitään ei ole ehditty korjata (Niemi 1995). Sosiaalityön palveluita vaille saattoivat jäädä monet potilaista, joilla ei tulkittu olevan välitöntä arkielämän puitteisiin liittyvää hätää. Sosiaalityöntekijät näkivätkin tarpeelliseksi työn kohdentamisen. Painopisteet työssä olivat kuitenkin sidoksissa erilaisten osastojen tarpeisiin ja eri osastojen potilaiden erilaisiin ongelmiin. Myös väestövastuualueet, kunnallisten viranomaisten toimintatapa ja muun muassa kunnallinen asuntotilanne olivat erilaisia. Nämä vaikuttivat kaikki yhdessä sosiaalityön toimintamahdollisuuksiin. (Metteri 1991, 14–15.)

Pitkäniemen psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät määrittivät työhönsä kuuluvan laaja-alaisen työskentelyn potilaan arkielämän puitteiden rakentamiseksi. Työnkuvaan kuuluivat toimeentulo- ja asumisasiat, sosiaaliturva, työkyky- ja kuntoutusarviointi, työelämämahdollisuuksien tutkiminen, kuntoutussuunnitelmien tekemiseen ja toteuttamiseen osallistuminen. Yhteistyötä sosiaalityöntekijä tekee potilaan läheisten, viranomaisten ja järjestöjen kanssa. (Metteri 1991; PSHP/Sosiaalityö 2013.) Sairaalassa potilas tulee sosiaalityöntekijän vastaanotolle omasta aloitteestaan tai osaston hoitohenkilökunnan ohjaamana. Sosiaalityöntekijä voi tehdä myös itse aloitteen vastaanotosta asiapapereiden, raportin tai neuvottelun tuloksena, kun oma ammatillinen arvio potilaan tilanteesta on muodostettu. Vastaanotolla tehdään aluksi potilaan tilanteen kartoitus (perhesuhteet, sosiaaliset suhteet, viranomaiskontaktit, toimeentulo, ”päivittäinen arkielämä”). Auttaminen aloitetaan tärkeimmästä päästä esim. lasten asioista kotona, vuokran hoitamisesta, yhteydestä edunvalvojaan, perheen jäseniin tai työnantajaan. Tämä tehdään yhteistyössä potilaan ja mahdollisesti myös omahoitajan kanssa. Potilaan tilanteenkartoituksen myötä sosiaalityöntekijälle muodostuu kuva siitä, mitä etuuksia potilaalle olisi haettava (esim. työttömyys / sairauspäiväraha, kuntoutustuki / eläke, toimeentulotuki, vammaistuki / eläkkeensaajan hoitotuki, lääkekorvattavuudet) ja millaisia todistuksia lääkäriltä on etuuksia varten pyydettävä. Taloudellisten asioiden selvittelyssä saatetaan olla yhteydessä myös potilaan edunvalvojaan tai velkaneuvontaan. (Sosiaalityöntekijän työskentely osastolla 2005;

Sosiaalityöntekijän yhteistyö sairaalan ulkopuolella 2005.)

Tärkeäksi elementiksi potilaiden kokonaistilanteen tarkastelussa määrittivät osastolla tapahtuvat hoitoneuvottelut, johon kutsutaan mukaan potilaan lähi-ihmisiä. Potilaan omahoitaja on usein parhaiten selvillä potilaan tilanteesta ja siten tärkeä yhteistyökumppani. Lääkärin kierroilla, osastoneuvotteluissa ja viikkoraporteissa käsitellään myös potilaan ajankohtaisia tilanteita, mutta sosiaalityöntekijä voi itse määritellä oman osallistumisensa tärkeyttä niihin potilaan auttamiseksi. Sosiaalityöntekijä on mukana myös selvittämässä potilaan jatkohoitoon liittyviä asioita. Tarvittaessa laitetaan vireille asuntohakemus tai mietitään muita asumisratkaisuja, kuten kuntoutus- ja ryhmäkoteja tai erilaisia asumispalveluyksiköjä. Erilainen tuki kotiin arkiaskareiden tekemiseen ja kodin ulkopuolella tapahtuva päivätoiminta auttavat kuntoutujaa eteenpäin. Niihin tutustuminen, hakemusten ja erilaisten tukien tekeminen on hoidon lopussa tärkeää. (Sosiaalityöntekijän työskentely osastolla 2005.) Terveys- ja sosiaalityöntekijöillä ei ole viranomaisvaltaa tehdä taloudellista tukea koskevia päätöksiä. Heidän laatimansa selvitykset ja kannanotot potilaan tilanteesta vaikuttavat kuitenkin moniammatillisen työryhmän kannanottoihin ja ovat käytettävissä muiden organisaatioiden sosiaaliturvaa koskevassa päätöksenteossa. (Metteri 2014, 302.)

Tampereen kaupungissa mielenterveyspalveluiden avohoitoverkosto on puolestaan rakentunut siten, että potilaan tulee ensisijaisesti ottaa yhteys oman asuinalueensa terveyskeskuslääkäriin mielenterveyteen liittyvissä asioissa, joka tarvittaessa ohjaa jatkohoitoon mielenterveyskeskukseen. Mielenterveysasiat voi ottaa esille myös muiden sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden kanssa. Mielenterveystoimistossa potilaan hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu psykiatrian erikoislääkäri, erikoistuva lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Mielenterveystoimiston työmuotoja ovat psykiatriset tutkimukset ja diagnostiset arviot, moniammatilliset työkykyarviot, psykologiset tutkimukset, lääkehoitoarviot, sosiaaliturva-asioden selvittely ja verkostotyö sekä yksilö-, pari-, perhe- ja ryhmäterapia. Hoidon alussa tehdään hoitosuunnitelma, jonka suunnitteluun toivotaan mukaan myös potilaan läheisiä. Hoidossa nähdään ensisijaiseksi kuntoutuksellinen ote. (Heikkinen & Ala-Laurila 2002, 56.) Päiväsairaaloissa toimivien sosiaalityöntekijöiden moniammatillinen työryhmä vastaa mielenterveystoimistoissa toimivia työryhmiä. Näiden lisäksi sosiaalityöntekijä toimii avohoitoverkostossa maahanmuuttajien kuntoutustyöryhmässä erikoislääkärin ja fysioterapeutin kanssa (mt., 57) sekä kotisairaanhoidon työryhmässä

(Wahlbeck ym. 2009, 36).

1990-luvun alussa Pitkaniemen sairaalan sosiaalityöntekijät arvioivat asunnottomuuden olevan eräs keskeisimmistä ongelmista, joka tulee vastaan päivittäin potilaiden arkielämän ongelmana. (Metteri 1991, 15; Havukainen 1995, 27.) He näkivät tarpeen tavallisiin vuokra-asuntoihin, asuntoloihin ja esimerkiksi kotipalveluihin (Havukainen 1995, 27). Aiemmin Tampereen kaupungissa oli psykiatrisille potilaille ollut hyvin vaikea löytää kunnallista vuokra-asuntoa. Yhteistyöneuvotteluiden ansiosta oli kunnallinen asuntojono kuitenkin lakannut hylkimästä sairaalasta kotiutujia. Kuitenkin jouduttiin yhä joidenkin potilaiden sairaalahoitoa pitkittämään asuntojen puutteessa. Tai joitakin potilaita kotiutetaan yksin asumaan ilman kohtuullista varmuutta heidän selviytymisestään. (Metteri 1991, 15.) Nykyään mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Suurin palveluntuottaja on Sopimusvuori ry, joka tarjoaa asumispalveluiden lisäksi päivä- ja työtoimintaa sekä erilaisia kuntoutuskursseja. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry tarjoaa tuettua asumista sekä monimuotoista päivätoimintaa. Näiden lisäksi Tampereen kaupunki ostaa asumis- ja kuntoutuspalveluja muilta palveluntuottajilta. Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluita arvioineen työryhmän mukaan vuonna 2009 asumispalveluita oli riittävästi tarjolla, mutta tuetusta asumisesta ja tehostetusta palveluasumisesta on ajoittain pulaa. Kaupungin vuokra-asunnoista vastaavien yhtiöiden mielenterveyspotilaita karsastava asukasvalinta johtaa yhä itsenäiseen asumiseen kuntoutuneiden asiakkaiden pitkittyneisiin jaksoihin asumispalveluissa ja muodostaa esteen kuntoutusprosessin etenemiselle. (Wahlbeck ym. 2009, 35.)

Vuosien varrella entisestään lisääntyneet potilaiden toimeentulo-ongelmat näkyivät 1990-luvun alussa psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä. Samaan aikaan kun yhteiskunnassa arvioitiin hyvinvoinnin lisääntyneen, vaikeutui psykiatristen sairaalapotilaiden perustoimentulo. Pitkaniemen sairaalan sosiaalityöntekijöiden mukaan suuri osa työstä kului toimeentulotukianomusten tekemiseen ja hoitamatta jääneen sosiaaliturvan järjestelyyn. (Metteri 1991, 15.) Osan toimeentulotuen tarpeesta aiheutti itse hoitoon tulo. Taipaleen (1995) mukaan yli puolet psykiatrisen akuuttipotilaista joutui 1990-luvun puolivälissä hakemaan toimeentulotukea selviytyäkseen pelkästään hoitomaksuista. Myös avohoidossa päiväosastojen, asuntoloiden ja kuntoutuskotien maksut muodostuvat potilaille kohtuuttoman kalliiksi. (Mt., 78–79). Mirja Pirttijärvi (2013) toteaa, että samanlainen ilmiö on havaittavissa



nykyäänkin. Psykiatrisen sairaalan potilaista arvioitiinkin löytyvän yksi maan köyhimpien ja huono-osaisimpien ihmisten joukko. (Metteri 1991, 15; 1994, 10; Niemi 1993, 22; 1995, 46; Havukainen 1995, 26; Taipale 1995, 78; Pirttijärvi 2013.)

Mielenterveyspotilaiden heikko toimeentulo, taloudelliset vaikeudet ja niiden heijastukset mm. asuntoasioihin näkyivät myös Pirttijärven (2013) lissensiaattityössä. Pirttijärvi tutki sosiaalityön näkökulmasta niitä asioita, joita psykiatrisen sairaalahoidon aikana sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamisissa esiintyy, ja joihin sosiaalityö potilaskertomuksiin dokumentoitaessa keskittyy. Taloudellisen toimeentulon turvaamiseen tähtäävä vaikuttaminen näyttää hänen tutkimuksensa perusteella toteutuvan hyvin aikuispsykiatriassa. Määrällisesti eniten sosiaalityöntekijät olivat kirjoittaneet potilaskertomuksiin taloudellisista asioista. Jo sairaalan hoitomaksut aiheuttavat nykyiselläänkin toimeentulon tarvetta vähimmäistuloilla eläville potilaille. Merkinnoissa näkyy taloudellisten asioiden luisuminen pois potilaan itsensä hallinnasta, jota viimesijassa paikataan edunvalvonnan keinoin. Tämä ei kuitenkaan lisää potilaan osallisuutta omaan elämäänsä, joka psykiatrisen kuntoutuksen ja sosiaalityön tavoitteena on. Kuntoutuminen onkin haasteellista, kun taloudelliset resurssit ovat olemattomat. Pirttijärven tutkimuksessa tulee esille myös asunnottomuusongelma, pula pienistä kohtuuhintaisista asunnoista ja itsenäistä asumista tukevien palvelujen tarve. Mielenterveyspotilaiden käytännön kodinhoitopalveluiden tarpeeseen on Pirttijärven näkemyksen mukaan kiinnitetty liian vähän huomiota, sillä sairaalaan päätyneen potilaan asunto voi olla asunkelvottomassa kunnossa siivottomuuden johdosta. Osalle sairaalahoitoon päätyneistä potilaista sosiaalityön apu ja tuki tulivat sosiaalityön näkökulmasta katsottuna liian myöhään. (Mt.)

1990-luvun alun sosiaalityön ammattilehtien artikkeleissa nostetaan esiin terveydenhuollossa ja psykiatriassa tehtävän sosiaalityön tarpeellisuutta osana hoitokokonaisuutta. Ilmeisesti psykiatrian yhdentyminen muuhun erikoissairaanhoidon, avohoidon jälkeenjääneisyys, lääketieteellisen ja yksilökeskeisen mallin painottuminen hoitotyössä, laman tuomat taloudelliset paineet sekä huoli psykiatristen potilaiden heikosta yhteiskunnallisesta ja taloudellisesta asemasta saivat sosiaalityöntekijät perustelemaan omaa olemassaoloaan sekä ammatillista tarpeellisuuttaan psykiatrisessa hoidossa. Tarve olemassaolon perustelulle ei terveydenhuollossa olevalle sosiaalityölle ollut uusi sen historiaa vasten peilaten, mutta ilmeisesti se liittyy erityisesti yhteiskunnalliseen ja terveydenhuoltoa ravistelevaan

murrosvaiheeseen. Vaatimus määritellystä ja tunnustetusta paikasta organisaatiossa sekä sen yhteistyössä kiteytyy Lindénin (1995, 17) sanoin: ”Paikka ei voi olla avustajan paikka vaan sen pitää olla rinnakkainen muiden ammattialojen kanssa”. Samanlaiseen vaatimukseen yhtyy nykyisellään Frankenhaeuser (2014), jonka mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehtävällä sosiaalityöllä tulee olla oma arvonsa ja paikkansa osana moniammatillista yhteistyötä. Sosiaalityöntekijöiden rooli ja tehtävä tulee nähdä laajempaan kuin vain muiden ammattiryhmien työn mahdollistajana. Sen tehtävänä ei ole vain ”poistaa hoidon esteitä”. (Mt.)

Lääketieteellistä näkökulmaa laajemman ymmärryksen olemassaolo nähtiin välttämättömänä sille, että sosiaalityöntekijä voi ylipäättään täydentää terveydenhuollon tietämystä (Metteri 1993, 18). Ominaista sosiaalityön toiminnalle terveydenhuollossa on ollut se, että asiakas tai läheinen yhteistyökumppani eivät ole epäilleet toiminnan tarpeellisuutta. Kuitenkin organisaation ylemmällä tasolla tai välittömän asiointiyhteyden ulkopuolella, missä toimintoja suunnitellaan, työn sisällöstä tai merkityksestä ei ole ollut tietoa. (Mt., 18.) Tämän perusteella voisi päätellä, että psykiatrian yhdentymisen jälkeen muuhun erikoissairaanhoidon, jolloin hallinnollinen päätäntävalta etäännytti vielä enemmän psykiatrisen potilaan arjen hoitotyöstä, etäännytti myös hallinnollinen ymmärrys sosiaalityön merkityksestä osana psykiatrista hoitotyötä entisestään. Vaikka sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden vaikutus ihmisen hyvinvointiin ymmärretään, päädytään psykiatris-lääketieteellisessä ajattelussa usein siihen, että psyykkiset ongelmat ovat lähtöisin aivojen toiminnan epätasapainosta (Frankenhauser 2014). Tästä johtuen voi sosiaalityön mahdollisuus vaikuttaa potilaan olosuhteisiin akuuttiosastolla jäädä varsin pieneksi, mutta myös avohoidossa. Mikäli lähetteessä ei erikseen mainita taloudellisia ongelmia, on potilas riippuvainen siitä, osaako hoitaja tai lääkäri kysyä oikeita kysymyksiä hänen elämänolosuhteistaan. Tällöin potilaan mahdollisuus saada apua näihin asioihin riippuu siitä, millainen ymmärrys kliinisellä hoitohenkilökunnalla on psyykkisistä ongelmista. Toisin sanoen ulottuuko ymmärrys diagnoosia pidemmälle. (Mt., 69.)

Sosiaalityön tarpeellisuuden perustelemiseen osana hoitokokonaisuutta liittyi 1990-luvun alun ammatillisissa keskusteluissa läheisesti myös moniammatillisuuden kehittäminen ja sen hyödyntäminen. Psykiatriassa toimiville sosiaalityöntekijöille yhteistyö eri ammatillisten tahojen, yhteiskunnallisten toimijoiden ja potilaan lähiympäristön välillä on työotteena tuttu läpi historian. Se nähtiin eräänä keinona siihen, kuinka voitaisiin välttää potilaiden arkielämän

ongelmien lääketieteellistämistä (mm. Metteri 1994, 13). Niemi (1995, 52) arvostelee sitä, että laman varjolla valtaa käytettiin murtamaan sairaaloihin rakennettua moniammatillista yhteistyötä ja asiantuntemusta. Frankenhauser (2014) nostaa esiin myös nykypäivänä vallalla olevan moniammatillisen työn käsitteen epämääräisen määrittelyn: lääkäri voi sanoa työskentelevänsä moniammatillisesti tarkoittaen sillä lääkärin ja sairaanhoitaja yhteistyötä. Tällöin muun muassa sosiaalityöntekijä rajautuu sen ulkopuolelle. (Mt., 69.)

Pitkaniemen sairaalan sosiaalityöntekijät kuvasivat 1990-luvun alussa yhteistyön sairaalassa sujuvan helpommin hoitajien kanssa, joilla on laajempi näkemys. Tällaiset hoitajat osasivat myös käyttää paremmin sosiaalityöntekijän palveluita. (Metteri 1991, 14.) Toimiva yhteistyösuhde hoitoyhteisön ja sen edustajien kanssa koettiin tärkeäksi. Toimivan yhteistyön yhteisten tavoitteiden suuntaan nähtiin myös vähentävän keskinäistä arvovaltataistelua ja kilpailua potilaan auttamiseksi. Pitkaniemen sairaalan sosiaalityöntekijät olivat ottaneet esille uusia ja hyödyllisiä yhteistyön muotoja, joita olivat muun muassa potilaan, omahoitajan ja sosiaalityöntekijän yhteiset kotikäynnit. Niiden hyödyn nähtiin olevan siinä, että potilaan hoidon ja kuntoutumisen suunnitelma voitiin rakentaa realistiselle perustalle. Pelkkään sairaalahaastatteluun perustuva käsitys potilaan kotitilanteesta ja arjesta saattoi olla puutteellinen sekä vääristynyt. Tällöin sen pohjalle rakentuvalle kuntoutussuunnitelmalla ei ollut toteutumisedellytyksiä. (Mt., 16.)

Pertti Kekki määrittelee keskeisimmäksi ongelmaksi moniammatillisuuden syntymiselle sen, ettei toisten rinnakkaisammattien koulutuksia ja työtä tunneta (Saarinen 1995). Hän on tutkimuksissaan törmännyt ammatilliseen peruskoulutukseen yhteistyön onnistumisen selittäjänä. Muun muassa lääkärit on pitkälti koulutettu työskentelemään yksin. (Mt., 11.) Kekki (Saarinen 1995, 11) ja Metteri (1995, 5; 2014, 300) korostavat eri ammattien välisen yhteistyön merkitystä jo koulutusvaiheessa. Muut rinnakkaisammatit alkavat usein käyttää sosiaalityön asiantuntemusta vasta henkilökohtaisen tuntemisen jälkeen. Henkilöstön vaihtuessa nopeasti yhteistyö saattaa jäädä sattumanvaraiseksi. Koulutuksessa opettavien yhteistyövalmiuksien jälkeen yhteistyö ei enää olisi kiinni henkilöstä tai henkilökohtaisista suhteista ja tuntemisesta. (Metteri 1992., 23.)

### 6.3 YHTEENVETO: Sosiaalityön paikan kapeutuminen psykiatriassa

Verrattaessa sosiaalipsykiatrian aikakauteen 1970- ja 1980 -luvuilla, on käsitys nykyisessä

mielenterveystyössä vaihtunut yhteiskunnallis-rakenteellisista tekijöistä lääketieteelliseen näkökulmaan. Tutkimusaineistoni perusteella näkökulman muutos psykiatrian sisällä on johtanut sosiaalisen sektorin kapeutumiseen mielenterveyspotilaiden hoidossa. Mielenterveyspolitiikan lähtökohtana on kuitenkin säilynyt sosiaalipsykiatrinen ymmärrys mielenterveydestä (Helén ym. 2012, 47). Poliittiset linjaukset näyttävätkin olevan ristiriidassa käytännössä tehtävän mielenterveystyön kanssa. Ymmärrys mielenterveydestä sekä sen hoidosta on arkipäiväistynyt ja samalla levinnyt laajemmalle yhteiskuntaan kuin aiempina vuosikymmeninä. Samalla kuitenkin mielenterveyspotilaiden hoito ja hoidon saatavuus on kapeutunut. Herääkin kysymys, kuinka moni potilas jää vaille asianmukaista hoitoa, mikä johtuu psykiatrisen rakennemuutoksen jälkeen tapahtuneesta avohoidon puutteellisuudesta sekä kuntakohtaisista eroista palveluiden saatavuudessa. Eräällä tavalla voidaankin ajatella, että vaikka mielenterveyden hoito on levinnyt laajemmalle yhteiskuntaan, niin samalla psykiatria on vertauskuvallisesti palautettu takaisin sairaalaan mielisairaiden hoidoksi. Tätä mielikuvaa korostaa psykiatriaa yhteiskuntaan päin avaavien toimintamuotojen (ehkäisevän, rakentavan ja kuntouttavan alueen) kapeutuminen psykiatriassa.

Tarkasteltaessa yleisellä tasolla sosiaalityön paikkaa nykypäivän mielenterveystyössä, näyttää sille varattu paikka kovin kapealta. Tutkimusaineistoni perusteella näyttää myös siltä, että psykiatria on joutunut kamppailemaan paikastaan erikoissairaanhoidon sisällä. Tähän viittaavat erilaiset selvitykset, joissa psykiatriasta on säästetty muuta erikoissairaanhoidoa enemmän 1990-luvulla (Helén ym. 2012, 42). Myös sosiaalipsykiatrian edustama yhteiskunnallis-rakenteellinen suuntaus on joutunut taistelemaan paikastaan psykiatrian sisällä ja sen toiminta-alue on kapeutunut. Vaikka viimeisimmät yhteiskuntatieteelliset tutkimukset selvästi osoittavat sosiaalisten ja rakenteellisten seikkojen merkitykset mielenterveyden hoidossa, näyttää siltä, ettei käytännön työ mielenterveyspalveluissa aina tavoita näitä sektoreita. Sosiaalisten toimintaympäristöjen huomioonottaminen määrittyy toissijaiseksi lääketieteen rinnalla.

Nykyisin terveyden edistäminen lähtee usein yksilötasolta tarkoittaen lääkkeiden määräämistä, elintapojen ja terveystyöskäytymisen muuttamista sekä omaa sairauden hallintakyvyn vahvistamista (Raitakari ym. 2011). Tulkintatapa on kuitenkin kapea ja peittää näkyvistä monimutkaiset yhteydet sairauksien, sosiaalisten olojen ja yhteiskunnan väliltä. Olennaisia mielen sairauksista toipumisessa ovat selviytymistä edistävät resurssit, kuten tilannetta tukevat

ihmissuhteet sekä ajanvietto-, asumis-, työ- ja toimeentulomahdollisuudet. Vakavaa mielen sairautta sairastava joutuu luopumaan osittain tavallisesta elämästä, osallisuudesta ja hyvinvoinnin resursseista. Vaikka sosiaalisten ja rakenteellisten tekijöiden merkitys vakavissa mielen sairauksissa tiedostetaan, lähestytään sairautta kuitenkin liian usein yksilölähtöisen tulkintatavan näkökulmasta keskittymällä yksilön oireisiin ja niiden hoitamiseen. (Mt.) Yksilölähtöinen näkökulma mielenterveyden hoitoon edustaa vastakkaista tulokulmaa sosiaalityön kokonaisvaltaisen näkemyksen rinnalla potilaan hoidossa.

1990-luvulta lähtien tapahtunut yhteiskunnallinen murros, psykiatrisen laitoshoidon purkaminen, avohoidon resurssien jälkeen jääminen ja potilaiden moniongelmaisuuksien lisääntyminen loivat paineita sosiaalityön roolin vahvistamiselle psykiatrisessa sairaanhoidossa ja mielenterveystyössä. Aineistoni perusteella sosiaalityölle piirtyy kuitenkin osittain vastakkainen paikka, jossa sen toimintamahdollisuuksia supistettiin, kapeutettiin ja kuormitettiin. Lyhentyneet hoitoajat sairaalassa ja potilaiden moninaistuneet sekä arjen kuormittaneet ongelmat lisäsivät sosiaalityöntekijöiden työtä. Samalla 1990-luvun laman jälkeisessä ajassa oli viitteitä ja pelkoja sairaalan erityistyöntekijöinä toimivien sosiaalityöntekijöiden virkojen supistamisesta. Psykiatrian yhdentymisen myötä muuhun erikoissairaanhoidon muuttui aineistoni sairaanhoitopiirin psykiatrisen sairaalan hallinnollinen johtoryhmä siten, ettei sosiaalityöntekijällä ollut enää siellä paikkaa. Sosiaalityöntekijöiden hallinnollinen päätäntävalta ja vaikuttavuus kapeutui. Mietittäessä sosiaalityöntekijöiden paikkaa mielenterveyspotilaita takaisin kotiin ja yhteiskuntaan integroivana toimijana, tulee välittömästi eteen mahdollisuudet sekä resurssit erilaisiin kuntouttaviin palveluihin. Esimerkiksi tarkastelemassani sairaanhoitopiirissä kuntoutuspalvelut lopetettiin kokonaan erikoissairaanhoidon piiristä ja vastuu niistä siirrettiin perusterveydenhuoltoon sekä avohoitoon. Kuitenkin samalla toistuvat maininnat avohoidon jälkeenjääneisyydestä ja toimimattomuudesta.

Pirttijärven (2013) tutkimuksen tulokset vahvistavatkin sitä kuvaa, joka sosiaalityön paikasta ja toiminta-alueesta psykiatriassa aineistoni mukaan piirtyy 1990-luvun alusta tähän päivään asti tultaessa. Pirttijärven tutkimuksen mukaan yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja osallistumiseen (koulutus, työelämä, harrastukset, voimavarat, yhteisöt, osallistuminen) tähtääviä merkintöjä oli terveystieteiden sosiaalityön potilasmerkinöissä vähän verrattuna taloudellisen toimeentulon varmistamiseen (tulot, sosiaaliturvaedut) tai sosiaalisen suoriutumisen

(asuminen, perhetilanne, kulutus, taloudellinen tilanne) edistämiseen verrattuna. Myös aineistossani suurimman sijan sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvaa tarkastellessa saavat taloudellisten asioiden hoito sekä mm. asuntoasiat, jotka ovat keskeisiä myös jatkohoidon kannalta. Pienessä määrin oli mainintoja potilaan yhteyksistä työelämään tai koulutukseen. Kuntouttavan sosiaalityön tavoitteiden ja periaatteiden toteuttamiseksi tulisi kuitenkin käsitellä työelämää, koulutusta ja mielekkään tekemisen mahdollisuuksia enemmän, jotka tukevat potilaan yhteiskunnallista osallisuutta (Pirttijärvi 2013). Sosiaalityön painopisteet heijastavat kuitenkin aikakauden ilmapiiriä, jossa mielenterveyspotilaiden hoito määrittyy pääsääntöisesti lääketieteellisen näkökulman kautta ja jossa potilaiden kuntoutus on eriytetty pois erikoissairaanhoidosta. Tämä haastaa sosiaalityön kokonaisvaltaista työtettä siten, että sen toiminta-alueeksi määrittyy erikoissairaanhoidossa usein vain potilaan välttämättömistä elinehdoista huolehtiminen. Työn yhteiskunnallis-rakenteellinen ulottuvuus ja potilaiden yhteiskunnallisen osallisuuden tukeminen näyttäytyy annetuilla resursseilla haasteelliselta.

Raitakarin ja Saarion (2008, 197) mukaan mielenterveyspotilaiden pitkäkestoinen kuntoutus on siirtynyt yhä enemmän kolmannelle sektorille ja erilaisille yhteisöille. Heidän mukaan mielenterveyspalveluiden ja erilaisten tuettujen asumismuotojen tuotanto on kokonaisuudessaan hyvin pirstaleinen (mt.). Psykiatrisen terveydenhuollon rakenteellinen sekä hallinnollinen toimimattomuus heijastuukin suoraan sosiaalityöntekijöiden toimintamahdollisuuksiin ja konkretisoituu mielenterveyspotilaiden mahdottomina tilanteina. Aineistoni esimerkin mukaan kuntouttavan osaston lopettamisella saattaa olla vaikutuksia myös moniammatillisen työn vaikeutumiseen (Ojala 2007). Erityisen valitettavaa moniammatillisuuden kapeutuminen ja lääketieteellisen näkökulman aiheuttama hoidon yksipuolistuminen on potilaan kannalta, jonka arkinen selviytyminen on riippuvaista eri yksiköiden välisten rakenteiden toimivuudesta.

Kun 1970- ja 1980-luvuilla mielenterveystoimistojen sosiaalityöntekijät olivat uudenlaisen lievemmistä mielenterveysongelmista kärsivän potilasryhmän edessä, on nykypäivään tultaessa mielenterveystoimistojen potilasryhmä psykiatrisen rakennemuutosten myötä jälleen muuttunut. Sairaalaan mennään vasta äärimmäisessä tilassa ja kaikki muu akuutin hoidon ulkopuolella on mielenterveystoimistojen vastuulla. Lyhentyneiden sairaala-aikojen myötä potilaat kotiutuvat yhä huonokuntoisempina ja jäävät avohuollon varaan. Aineistoni mukaan sairaaloiden ja mielenterveystoimistojen potilaiden ongelmat ovat moninaistuneet ja

kuormittuneet. Samalla myös lievempien mielenterveysongelmien diagnostiikka on tehostunut. Aikakauden tulostavasti korostava ilmapiiri vaatii mittaamaan työsuorituksia ja haastaa siten sosiaalityön kokonaisvaltaista työtettä. Vaikka sosiaalityölle näyttäisi yhteiskunnan ja mielenterveyspotilaiden tarpeiden puolelta tarjoutuvan laajentunut työmaa, on se annettujen resurssien puitteissa joutunut paradoksaalisesti kohdentamaan ja kapeuttamaan työtään yhä enemmän kohti marginaalia.

## 7 POHDINTA

Tutkimukseni tarkoituksena oli kuvailla, miten sosiaalityön paikka on määrittynyt suhteessa psykiatrian toimintaympäristöön vuodesta 1945 lähtien nykypäivään asti. Määritin sosiaalityölle annettua paikkaa tutkimuksessani erilaisten tasojen kautta. *Sosiaalityön koulutuksen ja tietoperustan kehittymisen vaikutusta* tarkastelin siitä näkökulmasta, kuinka sosiaalityö on määrittänyt itse itseään eri ajanjaksoina. Välittömästi tämä ymmärrys näkyi aikakausien *työn sisällöissä*. Sosiaalityön määrittymistä suhteessa muihin ammattiryhmiin tarkastelin työn sisällön muutosten ja *moniammatillisuuden kehittymisen* kautta. Yhteiskunnallisten tekijöiden kautta kuvaan sitä, millaiseksi sosiaalityölle annettu paikka yhteiskunnan ja psykiatrian puolelta määrittyy. Näitä tekijöitä ovat muun muassa *yhteiskunnallinen tilanne sosiaalityön näkökulmasta, mielenterveyspolitiikassa tapahtuneet muutokset, psykiatrian historiassa tapahtuneet rakenteelliset muutokset sekä psykiatrisen sairanhoidon kehittyminen*. Tarkastelin sosiaalityölle määrittyvää paikkaa sosiaalityön ammatillis-käytännöllisen ja mielenterveystyön yhteiskunnallis-rakenteellisen näkökulman kautta.

Tutkimusaineistoni perusteella näkökulman laajuus ja syvyys, josta mielenterveyspotilaan arkista selviytymistä ja kuntoutumista halutaan arvioida, on vaihdellut menneinä vuosikymmeninä. Lääketieteellinen isäntäorganisaatio on määritellyt sosiaalisten tekijöiden painoarvoa mielenterveyspotilaiden hoidossa omasta näkökulmastaan käsin. Tämä on välittynyt myös sosiaalityölle annettuun paikkaan psykiatrian toimintaympäristössä. Nykypäivänä tämä on tapahtunut vastoin mielenterveyspolitiikan yleisiä linjauksia tai tutkimuksia, joissa sosiaalisten ja rakenteellisten seikkojen merkitys mielenterveyspotilaiden hoidossa tunnustetaan. 1970- ja 1980-luvuilla vaikuttaneen sosiaalipsykiatrian aikakauden

yhteiskunnallis-rakenteellinen ymmärrys sekä mielenterveyspolitiikassa tuotetut linjaukset psykiatrian hoitotyön painotuksiin jäivät 1990-luvun laman, erikoissairaanhoidon liittymisen, muuttuneen politiikan ja mielenterveyspalveluiden pirstaloitumisen jalkoihin. Tätä ennen 1940–1960-luvuilla sosiaalisten tekijöiden merkitys psykiatriassa tunnistettiin vaikka aikakauden laitosvaltaisen hoidon ja mielisairaat sairaalaan eristävän ilmapiirin johdosta niiden vaikutus oli vähäisempää. Siltä pohjalta syntyi myös 1990-luvun alussa sosiaalihoitajien ammatti sairaalan ja kodin yhdyssiteeksi.

Sosiaalityöntekijöiden toimintaympäristö on muuttunut vuosikymmenien kuluessa mielenterveyspotilaiden hoidon muuttuessa laitoshoidosta avohoitopainotteiseksi. Erikoissairaanhoidon lisäksi sosiaalityöntekijät toimivat nykyään myös perusterveydenhuollossa. Myös mielenterveyspotilaiden yhteiskunnallinen paikka on muuttunut vuosikymmenien kuluessa. Sosiaalihoitajakoulutuksen alkutaipaleella (1940- ja 1950-luvut) laitoshoidossa olevat mielisairaat olivat eristyneinä ja syrjäytyneinä yhteiskunnasta. Sosiaalipsykiatrisen suuntauksen myötä (1970- ja 1980-luku) potilaita alettiin kuntouttaa takaisin kohti yhteiskuntaan avohoidon tuella. Avohoitoverkoston pettäessä 1990-luvulla mielenterveyspotilaiden syrjäytyminen yhteiskunnasta ei kuitenkaan poistunut vaan muutti ainoastaan muotoaan. Samalla kun psykiatria on avautunut kohti yhteiskuntaa ja yhteiskunnallinen ilmapiiri muuttunut mielenterveyskäsitteen laajenemisen kautta mielenterveyspotilaita suvaitsevampaan suuntaan, ovat ehkäisevät ja kuntouttavat alueet mielenterveyspotilaiden hoidossa kapeutuneet. Sosiaalityölle potilaita takaisin yhteiskuntaan integroivana ammattikuntana tämä on merkinnyt sen toiminta-alueen ja resurssien kapeutumista.

Matkalla sosiaalihoitajien koulutuksen aloittamisesta tämän päivän sosiaalityön asiantuntijuuteen, on sosiaalityö eriytynyt omaksi professiokseen sairaanhoidollisesta taustastaan yhteiskunnallisesti vaikuttavaksi toimijaksi. Sairaalan sekatyöläisestä on kehittynyt oman alansa erityisasiantuntija. Oman ammatti-identiteetin rakentamisessa onkin tärkeää tuntea niitä lähtökohtia ja vuosien varrella olleita oman paikan etsimisvaiheita, joita psykiatriassa toimivien sosiaalityöntekijöiden urapolulle on mahtunut. Psykiatriassa tehtävä sosiaalityö on ollut raja-alueiltaan liukuvaa ja painottunut välillä sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin tai psykoterapiaan. Aikoinaan työn lähtökohtana ollut sairauteen liittyvien sosiaalisten olojen selvittäminen ei kuitenkaan ole vuosikymmenten kuluessa muuttunut.



Pentikäinen (2011) määrittelee, että asiakkaiden kanssa työskentely on vuosien saatossa muuttunut yhä haastavammaksi ongelmien monimutkaistuesssa ja moninaistuesssa. Samalla kun työtehtävät ovat rajautuneet, asiantuntijuus on laajentunut entisestään. Terveysthuoltoon kohdistuvat tehokkuuden vaatimukset ovat tehneet työstä kiireisempää ja potilaiden kotiutus sairaalasta tapahtuu nopeammin kuin aikaisemmin. (Mt., 74–75.) Tämä on saattanut sosiaalityön asiantuntijuuden uusien haasteiden eteen pohtimaan työnsä arvolähtökohtia. Henkilökohtainen työsuoritus kytkeytyy nykyisellään tulostavastuullisuuteen ja nykyään vallalla oleva julkisjohtaminen on tuottanut työn arviointivälineitä.

Hyvösen (2008) mukaan yhteiskunnan kriisiajat ovat historiassa olleet erityisen haasteellisia psykiatrialle ja mielenterveyspotilaille. Tämä pohjautuu alan perinteiseen yhteiskunnalliseen tehtävään potilaiden säilytyksessä sekä mielenterveyspotilaiden korostuneen hauraaseen sosiaaliseen asemaan. Psykiatria on vahvasti sidoksissa ympäröivän yhteiskunnan ja kulttuurin tilaan sekä talouteen. (Mt., 262.) Tämä yhteiskunnallinen paikka huono-osaisten puolustajana on tuttu myös sosiaalityölle. Sosiaalityö nähdään yhteiskunnan marginaaliin kuuluvan väestöosan palveluina, joihin poliittiset päätöksentekijät eivät halua mielellään sijoittaa verovarvoja (Piironen 2005, 89). Pentikäisen (2011, 75) mukaan asiakkaista voi hyvin peilata ne ongelmat ja epäkohdat, jotka yhteiskunnassa ovat kunakin ajankohtana vallalla. Nykyisin vallalla oleva kustannustehokkuusajattelu ei edesauta mielenterveyspotilaiden asemaa. Mielenterveysongelmat ja syrjäytyminen liittyvätkin usein toisiinsa. Yhteiskunnalliselta tasolta tarkasteltuna näyttääkin siltä, että toiseuden kategoria on leimaavana sekä sosiaalityön että psykiatrian yllä.

Olen pyrkinyt lähestymään tutkimustehtävääni sekä sosiaalityön että psykiatrian näkökulmista. Tutkimustulokseni sosiaalityön paikan määrittymisestä suhteessa psykiatriseen toimintaympäristöön tuovat esiin kuitenkin vain osan siihen vaikuttaneista tekijöistä. Todellisuudessa paikan määrittymiseen vaikuttaneet tekijät ovat monitahoisempia. Yhteiskunnallista tilannetta ja poliittisten päätöksien vaikutuksia sosiaalityön paikkaan olen kuvannut tutkimustuloksissani tiedostaen, että muun muassa nämä alueet ovat esille nostamiani tekijöitä laajempia kokonaisuuksia. Tutkimustulokseni edustavatkin omaa konstruktioitani tärkeimmistä sosiaalityön paikkaa kuvaavista tapahtumista, jotka ovat sidoksissa myös saatavillani olleeseen aineistoon. Olen käynyt järjestelmällisesti läpi ainoastaan Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltoapiirin toimintakertomukset vuosilta 1958–1984.

Lehtiartikkeleita olen koonnut satunnaisesti eri lehdistä keskittyen tiettyihin historian käännekohtiin. Voidaankin miettiä, olisiko toisenlainen tai laajempi ja järjestelmällisempi aineistonkeruutapa tuottanut toisenlaista konstruktiota sosiaalityön paikkaa kuvaavista tapahtumista. Ottaen huomioon pro gradu -tutkielman laajuuden ei laajempi ja järjestelmällisempi aineistonkeruu kuitenkaan olisi ollut järkevää. Toisaalta olen käyttänyt aineistonani myös eri työryhmien laatimia mietintöjä, joista osa jopa valtakunnallisesti on määrittänyt yhteiskunnan ja psykiatrian puolelta sosiaalityön paikkaa. Ristiriitaa eri aineistojen tuottamien tietojen välillä en huomannut vaan ne tukivat toisiaan.

Psykiatriassa tehtävän sosiaalityön historian tutkimisen näkökulmasta alkuperäisen dokumentaarisen aineiston vähäinen säilyminen menneiltä vuosikymmeniltä on valitettavaa. Samalla on hävinnyt ainutkertaista materiaalia menneisyydestä, tärkeitä palasia uuden ajan rakentamisen avuksi. Tällaisten tiedossa olevien aukkopaiikkojen ja puutteiden tiedostaminen arvioitaessa lähdemateriaaliani sekä tutkimustuloksiani on tärkeää, jolloin tutkimustuloksiani voidaan arvioida siten myös kriittisesti. Toisaalta pienetkin tiedonjyväset näyttäytyvät tällaista taustaa vasten merkityksellisinä. Tutkimustuloksiani leimaa myös yhteiskuntatieteellinen sekä kriittinen näkökulmani, jonka myötä voidaan miettiä, olisiko toisenlainen lähestymistapa tuottanut toisenlaisia tuloksia. Myöskään aiempaa suomalaista tutkimusta tältä alueelta ei ole tehty, johon työni tuloksia voisi suhteuttaa. Tältä pohjalta toivoisinkin, että tutkimukseni voisi avata uuden näkökulman tutkia sosiaalityön paikkaa vieraassa toimintaympäristössä. Tutkimukseni on muodoltaan pieni pala historian muurin aukossa yrittäen säilyttää tietoutta sosiaalityöstä psykiatrian toimintaympäristössä tulevillekin polville. Jatkotutkimusalueena näkisinkin tärkeäksi kerätä esimerkiksi haastatteluja pitkän uran psykiatriassa toimineilta eläkkeellä olevilta sosiaalityöntekijöiltä ja tallentaa sitä kautta muodostuvaa kokemustietoutta aihealueesta. Sellaista tutkimusta ei suomalaisen psykiatrisen sosiaalityön historiasta vielä löydy.

## LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti (1996) Toinen tasavalta. Tampere: Vastapaino.
- Aukee, Ranja (2013) Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen. Suomalaisen sosiaalilääketieteen muotoutuminen 1800-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitös.
- Berner, Anna-Sofia (2012) Torniossa mielenterveyshoito toimii. Helsingin sanomat 16.12.2012.  
<http://www.hs.fi/sunnuntai/a1355546346268?jako=9175701523529b6f62f0bc087b3d795e&ref=ogurl>  
(Viitattu 1.3.2014.)
- Cooper, Joan (1989) From Casework to Community Care: "The End is Where We Start From" (T. S. Eliot). The British Journal of Social Work 19 (3), 177–188.
- Forsström, Kirsi (2011) Sosiaalityön asiantuntijuus moniammatillisessa psykiatrisessa avohoitotyössä. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveys- ja sosiaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö, Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.
- Haapala, Pertti (1989) Sosiaalishistoria. Johdatus tutkimukseen. Helsinki: Suomen historiallinen seura.
- Heinonen, Tuula & Metteri, Anna & Leach, Jennifer (2009) Applying health determinants and dimensions in social work practice. European Journal of Social Work 12 (2), 139–153.
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Tampere: Vastapaino, 11–69.
- Hyvönen, Juha (2008) Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hyvönen, Senja (2004) Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1028.
- Iwasaki, Kaori & Kitamoto, Keiko (2012) The Team Approach in Japanese Mental Health Services. International Journal of Mental Health 41 (2), 38–47.
- Joseph, Ameil J. (2013) Empowering Alliances in Pursuit of Social Justice: Social Workers Supporting Psychiatric-Survivor Movements. Journal of Progressive Human Services 24 (3), 265–288.
- Juhila, Kirsi (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 14–47.
- Juhila, Kirsi (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 48–81.
- Kirjavainen, Arja (2012) Vankila ei ole saareke vaan osa yhteiskuntaa – ja juuri niin hyvä kuin yhteiskuntakin. Tutkimus vankilasosiaalityön synnyn historiasta Suomessa. Itä -suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Korkealaakso, Rauni (2006) Sosiaalityöntekijä – vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Koskensalo, Maria (2008) ”Ammatilliseen selvyyteen”: sosiaalityön

- ammattilistumiskeskustelu Sosiaalityö-lehdissä 1958–1963. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma.
- Lehtinen, Marjaana (1986) Sosiaalityön kehityksestä terveydenhuollossa. Teoksessa Antti Karisto & Tapani Purola (toim.) Sosiaalityön kehittäminen: taustoja, reunaehdoja, näkökulmia. Helsinki: Helsingin yliopisto, 81–108.
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko (2000) Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 13–18.
- Lindén, Mirja (1999) Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 234.
- Metteri, Anna (1993) Terveydenhuollon moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Helsinki: Sosiaalityön vuosikirja, 88–102.
- Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Sosiaalityön vuosikirja, 143–157.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitös.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116
- Miller, Jane (2006) Skills, Bravery, Courage, and Foolhardiness: Seventy-Five Years of Social Work in Health Care in Melbourne, Australia. *Social Work in Health Care* 43 (2-3), 173–191.
- Pentikäinen, Hanna-Kaisa (2011) Sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan tarkastelua 1980-luvulta nykypäivään. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Peltomäki, Päivi & Harjumäki, Piia & Husman, Kaj (2002) Muuttuva auttamistyön asiantuntijuus – kriisityön ja työterveyshuoltotoiminnan tarkastelua. Teoksessa Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 81–104.
- Pitkänen, Tea (2011) Sosiaalityön palvelut psykiatrisessa sairaalassa. Tapaustutkimus psykiatrisen sairaalan palvelukokemuksista ja tarpeista asiakkaiden kokemana. Tampereen yliopiston Porin yksikkö. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma.
- Raitakari, Suvi (2006) Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palavereissa ja tukisuunnitelmissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa (2008) Vaikuttavuuden osoittamisen vaatimukset mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 196–223.
- Raitakari, Suvi & Kulmala, Anna & Günther, Kirsi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa (2011) Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. *Janus* 19(4), 326–341.
- Raitasalo, Raimo & Maaniemi, Kaarlo (2007) Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat jatkavat kasvuaan. *Sosiaalivakuutus* (6), 14–17.
- Raunio, Kyösti (2009) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Reisch, Michael (2012) The Challenges of Health Care Reform for Hospital Social Work in the United States. *Social Work in Health Care*, 51 (10), 873–893.
- Romakkaniemi, Marjo (2010) Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. *Janus* 18(2), 137–152.

- Saarni, Samuli I. & Pirkola, Sami (2010) Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 126 (19), 2265–2273.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>. (Viitattu 22.1.2013)
- Satka, Mirja (1995) Making Social Citizenship. Conceptual practices from the Finnish Poor Law to professional social work. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Satka, Mirja (2007) Huolenkantajat – eilen, tänään, tulevaisuudessa. Teoksessa Mirja Satka, Anja Auvinen, Sulo Aho & Helena Jaakkola (toim.) Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. Jyväskylä: PS-kustannus, 212–216.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik (2009) Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suomen kuntaliitto ja Terveystieteiden tutkimuskeskus ry. (1998) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sosiaalityön määrittely. <http://www.talentia.fi/talentia/jasenyhdistykset/terveyssosiaalityontekijat/yhdistys> (Viitattu 19.10.2013)
- Toikko, Timo (2001) Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Tulppo, Jaana (1991) Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisella osastolla. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma.
- Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vähäaho, Tarja (2002) Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 59–80.
- Woodroffe, Kathleen (1962) From Charity to Social Work in England and the United States. London: Routledge and Kegan Paul.

## LIITE 1. Pro gradu- työssä käytetty dokumentaarinen aineisto

### Aikakausi 1945–1960

- Achté, Kalle (1962) Psykiatrinen kuntouttaminen. *Sosiaalityö* (2), 53–56.
- Ahla, Mervi (1965) Sosiaalihoitajakoulutuksen kaksi vuosikymmentä. *Sosiaalityö* (4), 109–119.
- Aukee, Mirja (1960) Sosiaalihoitajan työn kehityksestä ja nykyisestä asemasta sairaalassa. *Sosiaalityö* (3), 78–80.
- Bartlett, M. Harriet (1962a) Lääkinnällissosiaalisen työn uudet alueet. *Sosiaalityö* (2), 40–44.
- Bartlett, M. Harriet (1962b) Lääkinnällissosiaalisen työn uudet alueet. *Sosiaalityö* (4), 131–134.
- Elosuo, Reino (1969) Psykiatrinen potilaiden kuntoutus. Teoksessa *Sosiaalinen aikakauskirja* 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 123–126.
- Hakola, Liisa (1961) Psykiatrinen sosiaalityö sairaalassa. *Sosiaalityö* (2), 53–59.
- Hakola, Liisa (1965) Lääkinnällis-sosiaalisen työn ja koulutuksen alkuvaiheet. *Sosiaalityö* (4), 104–108.
- Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1955–1969, Tampere.
- Sibelius, Leena (1961) Mielisairaanhoidon kokonaisohjelma. *Sosiaalityö* (3), 85–89.
- Saarinen, Erja (1995) ”Yksinäisiä ja itsenäisiä ovat terveydenhuollon sosiaalityöntekijät aina olleet” *Sosiaaliturva* 83 (24), 28–30.
- Paavilainen, Pirkko (1961) Sosiaalityöntekijän tehtävistä psykiatrisessa avohuollossa. *Sosiaalityö* (4), 112–115.

### Aikakausi 1970–1980

- Achté, Kalle (1973) Psykiatria ja yhteiskunta. Teoksessa *Suomen psykiatriyhdistyksen koulutuspäivät: Psykiatria ja yhteiskunta I-II*. Suomen psykiatriyhdistyksen koulutustoimikunnan julkaisuja 1, 122–127.
- Anttinen, E. Erik (1970) Mielenterveyshuolto maassamme 1970- ja 1980-luvuilla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 7 (3), 134–141.
- Anttinen, E. Erik (1974) Mielenterveystoimistojen ja terveyskeskusten tehtävät mielenterveystyössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 11(2), 59–64.
- Anttinen, E. Erik (1976) Sosiaalipsykiatria ja käytännön mielenterveystyö. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 13 (5-6), 961–968.
- Elosuo, Reino (1971) Uusien psykiatrinen avohoito- ja kuntoutusmuotojen kehittäminen. *Suomen lääkirilehti* 26, 3016–3020.
- Eskola, Jarkko (1973) Psykiatrisen prevention lähtökohtia. Teoksessa *Suomen psykiatriyhdistyksen koulutuspäivät: Psykiatria ja yhteiskunta I-II*. Suomen psykiatriyhdistyksen koulutustoimikunnan julkaisuja 1, 35–44.
- Mielenterveystyön komitean mietintö I osa. Mielenterveystyön kehittämisen perustelut. (1984) Komiteamietintö 1984:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mielenterveystyön komitean mietintö II osa. Mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset (1984) Komiteamietintö 1984:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rimon, Ranan (1970) Psykiatrisen sairaanhoidon integrointi. *Suomen lääkirilehti* 25, 1364–1370.

- Romppanen, Helinä (2007) Aloitin yksin uudella sosiaalityön alueella. Teoksessa Mirja Satka, Anja Auvinen, Sulo Aho, & Helena Jaakkola (toim.) Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaaalialan vuosikymmeniltä. Jyväskylä: PS-kustannus, 149–151.
- Salokangas, Raimo (1978) Psykiatrisen hoitoyhteisön kehittäminen. Teoksessa Mielenterveys 3. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, 24–35.
- Sosiaalityö terveydenhuollossa (1982) Helsinki: Lääkintöhallitus, työryhmämietintö nro 11.
- Pitkäniemen sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset 1978–1987, Tampere.
- Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirin kuntainliiton toimintakertomukset 1970–1977, Tampere.
- Psykiatrisen sairanhoidon kehittäminen Tampereen yliopistollisessa keskussairaalapiirissä vuoteen 2000 mennessä (1985) Psyke-2000-toimikunta. Tampere: Tampereen yliopistollinen keskussairaalaliitto.
- Psykiatrisen sairanhoidon kehittäminen Tampereen yliopistollisessa keskussairaalapiirissä vuoteen 2000 mennessä (1987) Psyke-2000-toimikunnan loppuraportti. Tampere: Tampereen yliopistollinen keskussairaalaliitto.
- Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977–1986 (1977) Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö: Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Upanne, Maila (1978) Ehkäisevän mielenterveystyön laajuus, laatu ja kehittäminen. Teoksessa Mielenterveys 3. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, 18–23.
- Valkonen, Kaarina (1998) Sosiaalityöntekijä Kaarina Valkosen haastattelun litterointimateriaali 11.2.1998, haastattelijana Sirpa Ojala. Tampere: Pitkäniemen sairaalan perinneyhdistys.
- Viljanen, Seppo (1971) Onko psykiatrinen hoito-organisaatiomme jähmettynyt paikoilleen? Suomen lääkirilehti 26, 2083–2087.
- Viljanen, Seppo (1980) Tietojärjestelmää pelkistettynä: Mielenterveystoimistoissa monia hoitomuotoja. Teoksessa Mielenterveys 3–4. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, 22–25.

#### Aikakausi 1990–nykypäivä

- Havukainen, Pirjo (1995) Miten jaksaa sosiaalityö raskaassa psykiatriassa? Sosiaaliturva 83 (24), 25–27.
- Heikkinen, Eila & Ala-Laurila, Eija-Liisa (2002) Ammattitaidolla silta tulevaan silta parempaan. Mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelma vuosille 2002–2012. Tampereen kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimi, julkaisuja 3/2002.
- Immonen, Tuula & Kiiikkala, Irma & Ahonen, Juha (toim.) (2003) Mielekäs elämä! – ohjelman loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveystoimi.
- Kiiski, Kaisa & Söderling, Ismo (1991) Sosiaalityö Suomen psykiatrisissa sairaaloissa. Sosiaalinen aikakauskirja 85 (6), 39–43.
- Kiuttu, Jorma & Jokela, Tuovi & Väisänen, Erkki & Hakko, Helinä (1992) Yhteistyön haasteet psykiatrisen kuntoutuksen perustasolla. Suomen lääkirilehti 47 (28), 2627–2631.
- Lindén, Mirja (1995) Terveydenhuollon sosiaalityön muuttuvat roolit. Sosiaaliturva 83 (24), 16–17.
- Metteri, Anna (1991) Kurkistus psykiatrisen sairaalan sosiaalityöhön. Sosiaalityöntekijä 2, 13–17.

- Metteri, Anna (1992) Terveysthuollon sosiaalityö. Yhteistyön ja yhteisen työn näkökulma. Sosiaaliturva 80 (1–2), 19–24.
- Metteri, Anna (1993) Sosiaalityön mahdollisuudet terveydenhuollon ympäristössä. Sosiaaliturva 81 (4), 17–24.
- Metteri, Anna (1994) Mielenterveysongelmien hoito, arki ja sosiaalityön haasteet. Sosiaaliturva 82 (4), 10–13.
- Metteri, Anna (1995a) Sosiaalityöllä entistä enemmän sanottavaa terveydenhuollossa. Sosiaaliturva 83 (24), 4–7.
- Metteri, Anna (1995b) Sosiaalisen oikeutus Suomen terveydenhuollossa: rakentavista ohjelmapuheista huolimatta sosiaalista vastuuta poistetaan. Teoksessa Sosiaalinen vastuu Suomen terveydenhuollossa: teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Helsinki: Stakes, 42–45.
- Niemi, Hannele (1993) Terveysthuollon asiakasmaksut puhuttavat. Sosiaaliturva 81 (4), 23–24.
- Niemi, Hannele (1995) Kauhun tasapaino. Teoksessa Sosiaalinen vastuu Suomen terveydenhuollossa: teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Helsinki: Stakes, 46–49.
- Nieminen, Marjatta (1995) Lama terveydenhuollon tasavertaisuuspyrkimysten tahdittajana. Teoksessa Sosiaalinen vastuu Suomen terveydenhuollossa: teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Helsinki: Stakes, 50–52.
- Ojala, Sirpa (2007) Sosiaalityöntekijänä psykiatrisessa sairaalassa. Teoksessa Mirja Satka, Anja Auvinen, Sulo Aho & Helena Jaakkola (toim.) Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. Jyväskylä: PS-kustannus, 144–148.
- Pitkäniemen sossut (1996) Kertomuksia Pitkästäniemestä osa III. Teoksessa Pirkanmaan sosiaalityöntekijät ry (toim.) Sytyke 3.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri / Potilaille ja läheisille / Sairaalassa / Sosiaalityö. Päivitetty 2.8.2013 <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8542&contentlan=1> (Viitattu 20.4.2014)
- Pukuri, Tarja & Leinonen, Esa (2003) 12 vuotta ja 12 lakkautettua sairaalaosastoa. Psykiatrian rakennemuutos Pirkanmaalla. Suomen Lääkärilehti 58 (42), 4259–4263.
- Saarinen, Erja (1995) Yhteiskoulutuksesta vauhtia moniammatilliseen yhteistyöhön. Sosiaaliturva 83 (24), 10–12.
- Sosiaalityöntekijän yhteistyö sairaalassa (2005) Pitkäniemen sairaalan sosiaalityöntekijöiden perehdytyskansio, 25.1.2005.
- Sosiaalityöntekijän yhteistyö sairaalan ulkopuolelle (2005) Akuuttipsykiatria, Pitkäniemi. 6.5.2005.
- Taipale, Ilkka (1995) Mielisairaan asemaa kohennettava. Teoksessa Sosiaalinen vastuu Suomen terveydenhuollossa: teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Helsinki: Stakes, 78–88.
- Tuori, Timo & Kiikkala, Irma & Lehtinen, Ville (2000) Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Lääkärilehti 55 (44), 4533–4538.
- Wahlbeck, Kristian & Ekqvist, Marko & Jäntti, Virpi & Mantere, Outi & Nevalainen, Veijo & Saarni, Samuli & Stengård, Eija & Tuori, Timo & Wiili-Peltola, Erja (2009) Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Loppuraportti. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos.



## Muu Aineisto

- Achté, Kalle & Kivalo, Erkki (1989) Mielenterveystyö terveystalouden toteuttajana. Teoksessa Kalle Achté, Erkki Kivalo, Kyllikki Kauttu, Pirkko Lahti & Tytti Vuoripalo (toim.) Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä. Suomen mielenterveysseura, 10–23.
- Anttinen, Erik (1978) Psykiatrinen työryhmä. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Martti J. Karvonen, Tuuli Raivio, Kirsti Lagerspetz, Kimmo Leppo, Olavi Mäkelä, Mikko Niemi, Jaakko Perheentupa, Kai Sievers, & Ilkka Taipale (toim.) Sosiaalipsykiatria. Helsinki: Tammi, 362–366.
- Eskola, Marjatta (1981) Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalityön kuva. Teoksessa Urpo Kantola, Marjatta Eskola, Briitta Koskiahio, Hanne Laitinen, Armas Nieminen, Georg Walls & Pentti Kolari (toim.) Sosiaalihuollon näköaloja. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol. 127, 23–52.
- Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveys- ja sosiaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.
- Hautamäki, Lotta & Helén, Ilpo & Kanula, Saara (2011) Mielenterveydenhoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Tampere: Vastapaino, 70–110.
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Tampere: Vastapaino, 11–69.
- Huvinen, Kirsti & Joutsenlahti, Ritva & Metteri, Anna (2014) Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä – aikuissosiaalityön asiakkaat terveyspalveluissa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 32–43.
- Hyvönen, Juha (2008) Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-lvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hyvönen, Senja (2004) Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1028.
- Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Uusi hallinnointi ja mielenterveystalouden tyhjeneminen – Pirkanmaan tapaus. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Tampere: Vastapaino, 111–152.
- Kananoja, Aulikki (1978) Sosiaalityö ja sosiaalihuolto. Teoksessa Yrjö O. Alanen, Martti J. Karvonen, Tuuli Raivio, Kirsti Lagerspetz, Kimmo Leppo, Olavi Mäkelä, Mikko Niemi, Jaakko Perheentupa, Kai Sievers, & Ilkka Taipale (toim.) Sosiaalipsykiatria. Helsinki: Tammi, 367–372.
- Lehtinen Marjaana (1986) Sosiaalityön kehityksestä terveydenhuollossa. Teoksessa Antti Karisto & Tapani Purola (toim.) Sosiaalityön kehittäminen: taustoja, reunaehdoja, näkökulmia. Helsinki: Helsingin yliopisto, 81–108.
- Lindén, Mirja (1999) Terveystalouden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 234.
- Metteri, Anna (1993) Terveystalouden moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Helsinki: Sosiaalityön vuosikirja, 88–102.

- Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Sosiaalityön vuosikirja, 143–157.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Acta Universitatis Tamperensis 1778. Tampere: Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 296–328.
- Mutka, Ulla (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma.
- Piironen, Hannu (2005) Epävarmuus, muutos ja ammatilliset jännitteet. Suomalainen sosiaalityö 1990-luvulla sosiaalityöntekijöiden tulkinnoissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Pirttijärvi, Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen määrittelijänä. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Kuntouttavan sosiaalityön erikoistumiskoulutus. Lisensiaattitutkimus.
- Raitakari, Suvi & Kulmala, Anna & Günther, Kirsi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa (2011) Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. Janus 19 (4), 326–341.
- Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa (2008) Vaikuttavuuden osoittamisen vaatimukset mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 196–223.
- Romakkaniemi, Marjo (2014) Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–173.
- Korpela, Rauni (2014) Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 118–141.
- Saario, Sirpa (2014) Audit Techniques in Mental Health. Practitioners' responses to electronic health records and service purchasing agreements. Tampere: Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Satka, Mirja (1994) Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa Jouko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen. Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 261–340.
- Satka, Mirja (1995) Making Social Citizenship. Conceptual practices from the Finnish Poor Law to professional social work. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vuorikoski, Marjo (1999) Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 687.

LIITE 2. Taulukko 1. Sosiaalityön paikka psykiatrian toimintaympäristössä

	PSYKIATRIAN LAITOSTUMINEN	SOSIAALIPSYKIATRI- AN AIKAKAUSI	PSYKIATRIAN PIRSTALOITUMI- NEN
Ajanjakso	1940–1960-luvut	1970–1980-luvut	1990–nykypäivä
Rakennemuutos psykiatriassa	Laitostuminen: A- ja B-sairaalat, huoltotoimistojen perustaminen, mielisairaanhuolto- piirit	A- ja B-sairaaloiden välisten erojen poistuminen, avohoidon kehittyminen, huoltotoimistojen muuttuminen mielenterveystoimistoiksi, mielisairaanhoitopiirit	Psykiatrian liittyminen erikoissairaanhoitoon ja laitospaikkojen alasajo, avohoitopainotteisuus, erikoissairaanhoidon viimesijaisuus, sairaanhoitopiirit
Psykiatrian sairaan- hoidollinen painotus	Shokkihoidot, psykelaakkeiden ja psykoanalyysin tulo,  Yksilölähtöinen näkökulma hoitoon	Sosiaalipsykiatria: yhteiskunnallis- rakenteellisen mielenterveystyön myötä ennalta ehkäisevän työn tulo, mielenterveystyön kytkeytyminen osaksi sosiaalipolitiikkaa  Yksilölähtöisestä näkökulmasta kohti yhteisölähtöistä hoitomallia	Mielenterveyden hoidon lääketieteellinen näkökulma  Yksilölähtöinen näkökulma hoitoon
Mielenterveys- potilaiden asema yhteiskunnassa	Mielenterveyspotilaat yhteiskunnasta laitoksiin eristävä ja siellä säilyttävä ilmapiiri	Psykiatrian avautuminen kohti yhteiskuntaa, yhteiskunnallisen ilmapiirin vähittäinen avautuminen kohti mielenterveysongelmia, mielenterveyspotilaiden kuntoutus laitoksista kohti yhteiskuntaa	Mielenterveyskäsitteen laajeneminen ja arkipäiväistyminen, erikoissairaanhoidon lyhytaikaisuus, mielenterveyspotilaiden pirstaleinen kuntoutus avohoidossa kohti yhteiskuntaa
Sosiaalityön ammattillistuminen	Oman tietoperustan etsintää: sosiaalihoitaja koulutuksen alku Terveystieteiden oppilaitoksessa, sairaanhoidollinen painotus, case work –metodi, arkiymmärrykseen ja kokemukseen perustuva työ	Sosiaalihoitajakoulutuksen yhdistyminen sosiaalityön koulutukseen 1975, koulutuksen nosto ylemmän korkeakoulututkinnon tasoiseksi 1980-luvulla, psykiatrinen sosiaalityöntekijöiden koulutustaustan kirjavuus  Sosiaalityön tieteellistytminen: keskustelu asiantuntemuk- sen painopisteistä, tiedeperustaksi yhteiskuntatieteet	Muutospaineet: tulosvastuullisuus, laman ja politiikan muutoksen tuomat sosiaalipalveluiden leikkaukset, reflektiivinen asiantuntijuus

<p>Psykiatrinen sosiaalityö</p>	<p>Sairaaloittain vaihteleva työnkuva sairaalan tarpeiden ja sosiaalihoitajan koulutuksen mukaan</p> <p>Huoltotoimistot: polikliinisten vastaanottojen pitäminen sekä mielisairauksien vastustamistyö, pääpaino sairaalasta poistettujen mielisairaiden avohuollossa, suojatyöpaikkojen puute, sosiaalinen kuntoutus puutteellista, moniammatillinen ”team work” 1960-luvun lopulla</p>	<p>Työnkuvan vaihtelu eri psykiatrisissa hoitotiimeissä: sosiaalityön ohella psykoterapiaa, sairaanhoidollisia toimenpiteitä</p> <p>Sairaalat ja Mielenterveystoimistot: sosiaalisten olosuhteiden kartoitus, painopiste sosiaaliturvaan ja sosiaaliseen kuntouttamiseen tähtäävissä toimissa, omaisten aktivointi, hoidollisten ja sosiaalisten kerhojen ohjaaminen, työnohjaus, tukihenkilöiden koulutus, eri alojen opiskelijaohjaus, moniammatillinen työryhmä</p> <p>Mielenterveyskeskusten yhteyteen yö-, päivä- ja kotisairaanhoitoa, asuntolatoimintaa ja kuntoutusta sekä vaihtelevasti tehtävää ehkäisevää työtä</p>	<p>Laaja-alainen, mutta resurssien vuoksi rajattu työskentely potilaan arkielämän puitteiden korjaamiseksi: toimeentulo- ja asumisasiat, sosiaaliturva, työkyky- ja kuntoutusarviointi, kuntoutussuunnitelmat, yhteistyö omaisten kanssa, viranomaistyö, yleinen vaikuttamistyö</p> <p>Hoito- ja perhetapaamiset, verkostotyö</p> <p>Moniammatillisuuden osittainen mureneminen esim. kuntoutustoiminnan pirstaloituessa</p>
<p>YHTEENVETO: Sosiaalityön paikka psykiatrian toimintaympäristössä</p>	<p><b>Sosiaalityön selkiytymätön ammatillinen rooli:</b> psykiatrisen sosiaalityön kokonaisnäkömyksen puuttuminen, kapea ammatillinen tietopohja, koulutuspohjan erilaisuus vaikeutti työn yhtenäistämistä, sosiaalihoitajien työtehtävien eriytymättömyys muista terveydenhuollollisista ammateista</p>	<p><b>Raja-alueiltaan liukuva psykiatrinen sosiaalityö:</b> paine sairaanhoidollisiin työtehtäviin 1970-luvulla, painotus psykoterapiaan sosiaalityön ohella</p> <p>Sosiaalipsykiatrian myötä ymmärrys sosiaalisten ja rakenteellisten tekijöiden merkityksestä kasvaa mielenterveyspotilaiden hoidossa → <b>sosiaalityön paikan laajeneminen kohti yhteiskunnallista toimijuutta</b>, avohoitoverkostoa, ennalta ehkäisevää ja kuntouttavaa työtä</p>	<p>Sosiaalisten ja rakenteellisten tekijöiden merkityksen kapeutuminen mielenterveyden hoidossa lääketieteellisen näkökulman johdosta → <b>sosiaalityön paikan kapeutuminen psykiatriassa</b>, ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan työn rajallisuus, psykiatrisen sosiaalityön tarpeellisuuden perusteleminen osana hoitokokonaisuutta</p>

### LIITE 3. Sosiaalihoitajien opetusohjelmat vuosina 1945 ja 1964

#### ENSIMMÄINEN SOSIAALIIHOITAJIEN OPETUSSUUNNITELMA

(aine, luokka- ja käytännön opetuksen tuntimäärät, opettajat)

##### A. Teoreettinen opetus

###### *I Luentosarjat*

Huoltolainsäädäntö ja käytännön sovellutus	30	Osmo Toivola
Huoltotyön (lastensuojelun) historia	10	Bertel Nyberg
Sosiaalipsykologia	22	Antti Tamminen
Sosiaalipolitiikka	15	Heikki Waris
Kodin ja perheen eettisiä kysymyksiä	10	Katri Bergholm
Yksilönhuolto (casework)	20	Niilo Mäki, Märta Boman, Liisa Hakola

Viralliset ja yksityiset huoltoelimet	10	useita luennoitsijoita
Toimisto-oppi	9	Toivo Ailio

Psykiatrisia huoltotoimenpiteitä sovell.

sairaalan sosiaaliseen työhön	10	Liisa Hakola
-------------------------------	----	--------------

Sairaanhoidollis-sosiaalinen työ	24	Märta Boman
----------------------------------	----	-------------

###### *II Kirja- ja opintokäytiselostuksia*

###### *III Seminaariharjoituksia* (yht. 3 esitelmää)

###### *IV Tutkielma* (30–50 sivua)

Lisäksi opiskelijat osallistuivat Sosiaaliministeriön järjestämään 3 päiväiseen luento- ja neuvottelutilaisuuteen. Tietopuolista opetusta annettiin yhteensä 49 päivänä.

##### B. Käytännön työ

*I Huoltolautakunnan ja lastensuojelulautakunnan eri toimistoissa, Vankeusyhdistyksessä ja Invalidisäätiössä*

*II Tutustumiskäyntejä* 6 eri sairaalaan

*III Opintokäyntejä* 11 sosiaaliseen laitokseen tai toimistoon

Käytännön opetusta annettiin yhteensä 42 päivänä.

#### LUKUVUOSI 1964–1965

##### Sosiaalityö

henkilökohtainen huolto	30	215	Liisa Hakola ja
klininen sosiaalityö	32	338	Sirkka Laaksovirta
sosiaalinen ryhmätyö	24		Paula Sulkunen
sosiaalitoimiston hallinto	24		Sirkka Laaksovirta
yhdyskuntaorganisaatio	4		Lauri Tarvainen
Sosiaalipolitiikka	72	78	
yleinen osa			Anna-K. Hämäläinen
sosiaalivakuutus			Erkki Mäkelä
sosiaaliavustus			Osmo Sarjamo
huoltoapu			Paavo Mustala
lastensuojelu			Kaarlo Helasvuo
Kunnallishallinto	16		Ilpo Ahtola
Terveystenhoito	16		Kirsti valanne
Psykiatria	36		Yrjö Lehti
Psykiatria	40		Kauko Vauhkonen
Sosiologia	32		
sairauksien s.			Jouko Sihvo
sairaalan s.			Juhani Hirvas
Sosiaalitutkimus	34		Anna-K. Hämäläinen (Hakola, Laaksovirta)
Suomenkieli	16		Seppo Kahila
Yht.	368	631	

(Ahla 1965, 111–113.)